

常務理事		事務長	担当者	処	再	起
				理	交	案
				日	付	月
				日	月	日

該当するものを  
○で囲む

被保険者証 紛失 盗難 再交付届  
き損・無余白

記入

被保険者証の	記号	○○	事業所名称	○○○○○○○○
	番号	○○○○		
再交付の事由	1. 紛失 (始末書と再交付手数料500円が必要) 2. 盗難 (理由書・警察への盗難届の写を添付した場合は無料) 3. き損 (き損した保険証を添付、手数料は無料) 4. 無余白 (無余白となった保険証を添付、手数料は無料)			
再交付対象者の氏名・住所 (特定記録郵便で直接自宅 に発送しますので正確に ご記入下さい。)	氏名	健保 花子 ( ○年 ○月 ○日生)		
	〒	164 - 0001 東京都中野区中野 4-10-5		
上記お届け致しますから再交付をお願い致します。 令和 ○年 ○月 ○日 〒164 - 0001 住所 東京都中野区中野 4-10-5 被保険者の 氏名 健保 一郎				
(印)				
栗田健康保険組合理事長 殿				
手数料受領欄	/	500円 × 枚 =	円を受領。	担当者印

記入

捺印

記入・捺印不要

(健康保険法施行規則第49条に基づく様式)

栗田健康保険組合

- 註1. 再交付手数料は保険証カード1枚に対して500円必要です。  
 註2. 保険証が破損した(破れた、または割れた)とき、保険証の裏面に余白がなくなったときに、  
 現物(保険証)を添付して申請してください。