

【提出先】 ① 株式会社カネカ在籍の方・任意継続被保険者⇒健康保険組合へ

※申請書はメール添付不可です。原紙をご提出ください

② ①以外の方⇒お勤め先の健康保険担当部署

●添付書類と共に提出してください。なお、き損・無余白による再交付申請については、該当する対象者の保険証を添付してください。

常務理事	事務長	係	係

健康保険被保険者証 **滅失** **き損** **無余白** 再交付申請書

※滅失（盗難・災害等を除く）による再交付には、一枚につき再交付手数料が500円が必要です

被保険者	保険証記号	番号	事業所名	
	氏名	所属		
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	資格取得 年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	〒		
	電話番号			
再交付申請 対象者	氏名	続柄		※子の場合は、 [長男][長女]等を 明記してください
	氏名	続柄		
	氏名	続柄		
再交付申請 する理由	<input type="checkbox"/> 滅失	滅失した年月日・場所・理由を詳細に記入してください。なお、再交付手数料が1枚につき500円必要です。 ※盗難による被害届を警察署に届け出た場合、災害（罹災証明書のコピー添付）の場合は、再交付は無料です		
		盗難による被害届を警察署に届け出た場合は、ご記入ください。		再交付手数料
		警察署名	電話番号	※盗難・災害等を除く
		受付日	受理番号	月 日振込済
<input type="checkbox"/> き損	き損の状況を記入してください。また、き損した保険証を添付してください。なお、再交付手数料は不要です。			
	<input type="checkbox"/> 無余白	無余白の保険証を添付してください。再交付手数料は不要です。		
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)				
備考欄				

上記の通り健康保険証の再交付を申請します

令和 年 月 日

【記入上の注意】

1. 標題の「滅失」「き損」「無余白」の文字は、該当する文字を○印で囲んでください。
2. き損又は無余白となったための申請の際は、「き損又は無余白となった健康保険被保険者証」を添付してください。
3. 滅失による再交付は有料です。1枚につき500円を振込後、振込控のコピーを添付の上、提出してください。  
盗難による被害届を警察署に届け出た場合、災害（罹災証明書のコピー添付）の場合は、再交付は無料です。

事業主欄	所在地	<input type="checkbox"/> 当該届の次の事項について確認しました。 ・上記の記載内容に誤りがないこと。 ・申請者（被保険者）本人が作成した、または 記載内容について誤りがないか申請者本人が確
	事業所名	
	事業主名	

健康保険組合記入欄	再交付何年月日	令和 年 月 日	再交付年月日	令和 年 月 日
-----------	---------	----------	--------	----------