

記入上の注意及び記入例をご確認の上、ご記入ください。

【提出先】株式会社カネカ所属の方は、直接健康保険組合（株式会社カネカ 大阪本社内）へ、関係会社所属の方は、事業所健康保険担当部署へ、添付書類と共に提出してください。

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証

滅失
き損
無余白

再交付申請書

被保険者が記入するところ	事業所の名称			所 属			
	健康保険証の記号			健康保険証の番号			
	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男 ・ 女		
	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日				
	住 所						
		電話番号	()				
	再交付申請の対象者	氏 名			続 柄		
		氏 名			続 柄		
		氏 名			続 柄		
	再交付を申請する理由 [該当する理由を○で囲み、滅失・き損の場合は理由を詳細にご記入ください]	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。				
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。							
		警察署名			電話番号		
		受付日			受理番号		
き 損	き損の状況を記入してください。						
	無 余 白						
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							
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日							
被保険者氏名							

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。 個人番号を含め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認したこと。
	事業所名称	
	事業主氏名	

【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。

健康保険組合記入欄	再交付同年月日	令和 年 月 日
	再交付年月日	令和 年 月 日