

受 付	年 月 日
決 定	年 月 日

前回交付 年 月 日	平成 令和 年 月 日
旧被保険者証 添 付	有 無
申請理由	滅 毀 失 損

交 付 決 議			
資 格 取 得	昭・平・令	年 月 日	
再交付年月日	令和	年 月 日	

被 保 険 者 証 再 交 付 願

年 月 日

日本工営 健康保険組合理事長殿

被保険者 住 所
氏 名 印

下記のとおり被保険者証 滅 毀 失 損 により
お届けしますから再交付を願います

被 保 険 者 証 の 記 号 と 番 号	記号 番号 _____	事業所の名称	
届 出 の 事 由			

上記の届出のとおり相違ありません。
なお、今後は健康保険被保険者証を滅失または毀損する
ことのないよう充分指導いたします。

年 月 日

事業主 印

- ※ 1 「健康保険被保険者カード証」の再交付手数料
- (1) 消耗または破損による再交付（ただし、破損したカード証との引き換えによる） 500円/枚
 - (2) 盗難・紛失による再交付 1,000円/枚
 - (3) 消耗・破損・盗難・紛失による再交付が2回目以上の場合 2,000円/枚
- ※ 2 「健康保険被保険者カード証」の再交付には、発見される可能性を考慮し、原則2週間後とする。