

常務理事	事務長	担当者

該当のものに✓してください

被保険者証 限度額適用認定証 **滅失・き損** **申請書**
高齢者受給者証 特定疾病療養受療証 **再交付**

被保険者情報	被保険者証の	記号	—	番号	—	生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	氏名	フリガナ									
	住所	〒							日中連絡の取れる電話番号		
	事業所 (任意継続の方は 記入不要)	名称(会社名)									
		所在地(本社住所)									

再交付該当者情報	提出理由 (該当するものに○)	1. 紛失 … 第三者に悪用されることも考えられます。警察へ連絡・届出をしてください。 2. き損 ・ かすれ … 保険証を添付してください。 3. 交付から10年以上のかすれ〔無料〕 … 保険証を添付してください。 4. 盗難〔無料〕 … 第三者に悪用されることも考えられます。警察へ連絡・届出をしてください。 5. 罹災〔無料〕 … 市区町村から発行される罹災証明書の写しを添付してください。								
	該当者 (該当するものに○)	1. 被保険者分	2. 被扶養者分	再発行を (該当するものに○)	1. 希望する 2. 希望しない					
	該当者が 被扶養者の 場合記入	該当者氏名			続柄	生年月日				
						S・H・R	年	月	日	
						S・H・R	年	月	日	
滅失・き損 したときの状況	※出来るだけ具体的に記入ください									
警察への届出先	警察署 派出所	受理 番号				届出日	令和	年	月	日

誓約書	上記の申請書に記載した通り、被保険者証・高齢者受給者証・限度額適用認定証・特定疾病療養受療証(以下「保険証」という)を滅失しました。今後は取扱いに十分注意し、保険証を発見したときは、直ちに返納するとともに、万が一このために損害が生じた場合は、一切の責任を負います。									
	令和 年 月 日 被保険者氏名(自署) _____									

- 被保険者証(健康保険証)の再交付には、1枚につき1,000円の再交付手数料をいただきますので、事前に下記の当健保口座宛に被保険者名義でお振込の上、振込控え(インターネットバンキングの場合は振込終了後両面を印刷)をこの届出書類裏に添付してください。(振込手数料はご本人負担になります)
- 一度入金された再交付手数料は、理由にかかわらず再交付手数料の返金はいたしませんので、ご了承ください。

振込口座：三菱UFJ銀行 品川駅前支店 普通 4017630
 名 義：コムシスホールディングス健康保険組合 (コムシスホールディングスケンコウホケンクミアイ)

事業主の証明	令和	年	月	日	
	事業所所在地				
	事業所名称				
	事業主氏名 電 話				
	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。				
	①申請者(被保険者)本人が作成したものである。				
	②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認したものである。				
	事業主が確認した場合に○で囲んでください			<div style="border: 1px dashed black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;"> 確 認 </div>	

コムシスホールディングス健康保険組合
 受付印

振込用紙添付

提出先： 所属会社の社会保険担当（任意継続の場合は健保に直送）