常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証再交付申請書

日本トランスシティ健康保険組合理事長　殿

下記のとおり申請しますので、再交付をお願いいたします。　　年　　月　　日

被保険者証 記号番号	―	事業所名	
被保険者名	㊞		
再交付該当者名 【複数人記入可】	※家族の場合、該当者の氏名を記入してください ☐ 本人　☐ 家族（ 氏名　　）		
申請理由	☐ ① 紛失・盗難 ☐ ② 破損　※被保険者証を添付して下さい ☐ ③ 劣化（文字消え等）・無余白　※被保険者証を添付して下さい		
	＜理由を具体的に記入してください＞		
届出状況	①の場合 ☐ 警察への届出 有り	警察署	届出受理番号
	◆警察への被害届出がされている場合、再発行料はかかりません		

※①（警察届出有りは除外）、②が自己責任によるものである場合、再発行料(1,000円）が必要になります。
※③ 劣化、無余白は一定の基準に基づき、健康保険組合で再交付の可否を判断します。

誓　約 ①の場合、必ず署名捺印してください	私の不注意により、紛失・盗難によって健康保険被保険者証をなくしましたことを深くお詫び申し上げます。なくした保険証により万一、損害が生じた場合には、私がその全責任を負うことを誓約いたします。 なお、保険証を発見した場合には速やかに返納いたします。 被保険者氏名　　㊞

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 今後は被保険者証の取扱いについて、十分注意するよう指導いたします。 事 業 主 住　所 氏　名　　㊞	健保組合受付印