

年	月	日
常務理事	事務長	担当者

- 健康保険
- 被保険者証
 - 限度額適用認定証
 - 高齢受給者証
- 再交付申請書 ・ 滅失届**

【申請の流れ】 * **被保険者証の紛失・盗難、毀損・破損の場合は、再交付手数料が必要です。**

- 被保険者証の紛失・盗難 ⇒ 警察へ届出
- 再交付手数料（1枚につき**1,500円**）をキリン健保の指定口座へ振り込みます。
 ※お振込の際、被保険者証の記号・番号・名前をご入力ください。
 注1：振込手数料は申請者（被保険者）負担となります。
 注2：一旦お振込いただいた再交付手数料は理由にかかわらずお返しできません。今一度確認いただき、お振込ください。
- 再交付申請書の提出（手数料振込日の記入必須）
- キリン健保にて、申請書と手数料の入金を確認後、再交付（再交付後に紛失した被保険者証が見つかった場合は、速やかにご返納ください。）
 * 手数料のお振込みがない場合 ⇒再交付できません。
 * 劣化（印字のかすれ等）による場合 ⇒被保険者証添付により、再交付手数料はかかりません。
 * 天災・火災等やむを得ない場合は手数料を免除しますので健保宛にご連絡ください。

太枠部分を全てご記入ください。

被保険者証	記号	番号				
被保険者氏名			生年月日			
			昭和	年	月	日
			平成			

* 再交付手数料のかからない場合は記入不要

再交付手数料振込日			
年	月	日	

●該当する理由を□チェックしてください。

再交付対象者氏名	生年月日	続柄	再交付の理由
	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 劣化
	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 劣化
	昭和 平成 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 劣化

※ 警察届出日（届出必須） 年 月 日 ※（受理番号：第 号）	※被保険者証を紛失した場合は、必ず警察に届け出てください。 ※受理番号を必ず記入してください。
証を紛失したときの状況をできる限り詳しく記入してください。 （いつ、どの場所で、どのような理由で紛失したのか？）	
誓約書 （兼同意書）	当該被保険者証等が万一不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合には、その一切の責任を負うことを誓約すると共に、貴健康保険組合が監督官庁・警察署から当該被保険者証等に関する個人情報の提供を要請された場合、貴健康保険組合に一任することに同意します。 なお、証を発見した時は、ただちに返納いたします。 年 月 日 被保険者（自署）

訂正した箇所には訂正印を押印してください。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号	上記の申請内容に相違ないことを証明します。 年 月 日 提出
----------------------------------	-----------------------------------

受付日付印