

# 健康保険 被保険者証・高齢受給者証 再交付申請書

(保険証の再交付が必要な方は、この用紙で申請をお願いします)  
(退職時等に併い資格喪失の際に保険証の紛失の場合は、紛失届を提出して下さい。)

豊田自動織機健康保険組合 御中

提出日 年 月 日

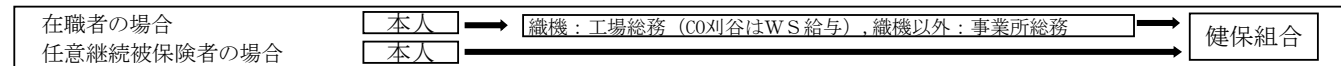
保険証の 記号番号	記号	番号	被保険者氏 名	
			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
住所	〒			
電話番号	( ) -	携帯番号	- -	内線番号 -
会社名			所属	
申請理由	【該当する理由にチェックを入れ、必要事項を記入して下さい】			
	A. <input type="checkbox"/> 破 損 <input type="checkbox"/> 文字消え ⇒ 【破損・文字消えの被保険者証(原本)を添付してください】			
	B. <input type="checkbox"/> 盗 難 <input type="checkbox"/> 紛 失 ⇒ 【状況と警察への届出状況を必ず記入してください】 ※盗難や紛失した場合は、悪用される危険性がありますので必ず警察への届出をしてください。 [状況] _____ [警察への届出状況] ①届出先( 警察署・派出所・駐在所) 令和 年 月 日 届出 ②遺失物・盗難届の受付No.( )			
再交付 該当者の 氏名・種類	再交付する該当者の氏名・続柄を 記入し、被保険者証の再交付をされる 方は、「本人」または「家族」の欄に ✓を入れてください。 高齢受給者証の再交付をされる方は、 「高齢」の欄に✓を入れてください。		氏 名	続柄
				種類 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢
				<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢
				<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 高齢
念 書	(盗難・紛失した場合は、下記に自署(サイン)をしてください) 上記の届出書に記載のとおり、保険証を滅失したことに相違ありません。 第三者が紛失した保険証を使用した時の医療費その他の損害については、私がすべての責任を 負うことを誓約いたします。 今後、充分注意いたしますので、再交付をお願いします。なお、紛失した保険証を発見した場合は、 直ちに紛失した旧保険証を返却します。 被保険者氏名(自署(サイン)) _____			

事業主 証明欄	上記申請内容について証明致します。			
	年 月 日			
	所在地	事業所 名称	代表者氏名	(織機の各工場は総務部(室)長)

## 1.注意事項

- 盗難や紛失した場合は、悪用される危険性があります。警察署へ届出を出してください。それが盗難・紛失の法的な証明となります。
- 破損、文字消えのため再交付の申請をする場合は、必ず保険証(原本)を添付してください。
- 記入はデータ入力またはボールペンで、書き損じた場合は訂正個所に訂正印を押してください。
- 保険証は、クレジットカード等のように効力を止めることができませんので、大切に保管して下さい。

## 2.提出ルート



## 3.個人情報について

ご記入いただいた個人情報は、健保組合からのご案内や保険給付金等の支払いに使用される場合があります。  
詳しくは <https://www.shokki-kenpo.jp/policy/> をご覧ください。

お問い合わせ先: 〒448-0847 愛知県刈谷市宝町8丁目1番地 豊田自動織機健康保険組合 医療保険グループ TEL0566-21-7784(内線70-4611)

健保 記入 欄	決	事務長	GM	担当	健保受付印	総務受付印
	裁					
	本人受取(確認欄)		代理人受取(確認欄)			
	従業員証・保険証・免許証 その他( )		従業員証・保険証・免許証 その他( )			