用紙 B-9 号(令和 5.04)

健　保　使　用　欄			
常務理事	事務長		担当

事業所 健保担当者
年　月　日

健康保険被保険者証再交付申請書

↓太枠内を記入してください

被保険者証	記号		番号		資格取得年月日	平成 令和　　年　　月　　日
事業所名					所　　属	
被保険者氏名					生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日
再交付対象者の氏名						
申請理由（詳しく）	屋外での滅失、盗難による場合は警察に届出を出した年月日と届出した場所（〇〇警察署等）を記入してください					

令和　　年　　月　　日

上記のとおり滅失・棄損につき再交付願います。以下の納付方法で手数料を支払います。

※再交付手数料納付方法　　□現金払い　　□銀行振込　　（計　　円）

（1 通　1,000 円）　　振込予定日　　年　　月　　日

銀 行 名　　りそな銀行　八王子支店

口座番号　　普通預金　　1834971

名　　義　　ＪＶＣケンウッド健康保険組合

(ジエイブイシーケンウッドケンコウホケンクミアイ)

※振込手数料はご本人負担となります

健康保険被保険者証再交付に伴う始末書

このたびの再交付に伴い起因する一切の事故について、その責任を当方にて負います。

ＪＶＣケンウッド健康保険組合　殿

住所

被保険者

氏名

上記のとおり相違ないことを証明いたします

ＪＶＣケンウッド健康保険組合　殿

事業所　所在地

名　称

事業主　氏　名

（代理人）

受　付　印