

【提出先】

TOTO社員⇒TOTO健康保険組合  
グループ会社社員⇒グループ会社上場担当課

記入見本

改姓の場合は新氏名を  
記入ください。

保険者証再交付申請書

次の... 平成 27年 8月 1日

被保険者証 (カード)	記号	100	番号	〇〇〇〇〇	社員番号	T〇〇〇〇〇〇	
被保険者 氏名・印	(フリガナ)	トウトウ タロウ		東陶	生年月日	昭和・平成 55年 10月 1日	
		東陶 太郎					
被保険者証に記載されてい る事業所名称		TOTO(株)					
所属名		〇〇〇〇課		電話番号 日中の連絡先	7-1-〇〇〇〇		
※再交付の理由		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 氏名登録ミス <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入 )					
再 交 付 対 象 者	氏名	(フリガナ)	トウトウ タロウ	続柄	本人	生年月日	昭和・平成 55年 10月 1日
	氏名	(フリガナ)	東陶 太郎	続柄		生年月日	昭和・平成 年 月 日
	氏名	(フリガナ)		続柄		生年月日	昭和・平成 年 月 日

紛失者のみ記入 ※必須

今般、健康保険被保険者証を紛失しました。  
つきましては、当被保険者証を発見した場合には直ちに返還するとともに、当被保険者証が不正に使用されることによってTOTO健康保険組合が被った損害の一切を私が賠償することをここに誓約します。

平成 27年 8月 1日      被保険者 住 所 北九州市小倉北区中島〇丁目〇番〇号  
氏 名 東陶 太郎

東陶

※破損、氏名変更の場合は、被保険者証を添付すること。  
被保険者証(カード)再交付費      500円/枚(税込)  
※再交付の理由が「結婚」「離婚」「養子縁組」の場合は、再交付費を徴収しません。

事業主記入欄

上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので、届出いたします。

平成 27年 8月 5日      所在地 北九州市小倉北区中島〇丁目〇番〇号  
事業主 名称 〇〇〇株式会社  
氏 名 〇〇〇長 〇〇 〇〇〇

〇〇  
長印

<健康保険組合記入欄>

証回収日	月	日
再交付日	月	日
請求書発行日	月	日
請求書番号		

受付日付印
-------

捺印		
常務理事	事務長	係

【提出先】

TOTO社員⇒TOTO健康保険組合  
グループ会社社員⇒グループ会社人財担当課

健康保険 被保険者証再交付申請書

次のとおり被保険者証の再交付について申請します。 平成 年 月 日

被保険者証 (カード)	記号	番号	社員番号			
被保険者 氏名・印	(フリガナ) -----		生年月日	昭和・平成	年	月 日
被保険者証に記載されてい る事業所名称						
所属名		電話番号 日中の連絡先				
※再交付の理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 結婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 養子縁組 <input type="checkbox"/> 氏名登録ミス <input type="checkbox"/> その他 (具体的に記入 )				
再 交 付 対 象 者	氏名	(フリガナ) -----	続柄	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	氏名	(フリガナ) -----	続柄	生年月日	昭和・平成	年 月 日
	氏名	(フリガナ) -----	続柄	生年月日	昭和・平成	年 月 日
紛失者のみ記入 ※必須						
今般、健康保険被保険者証を紛失しました。 つきましては、当被保険者証を発見した場合には直ちに返還するとともに、当被保険者証が不正に使用されることによって TOTO健康保険組合が被った損害の一切を私が賠償することをここに誓約します。  平成 年 月 日 被保険者 住 所 _____ 氏 名 _____ (印)						

※破損、氏名変更の場合は、被保険者証を添付すること。  
 被保険者証(カード)再交付費 500円/枚(税込)  
 ※再交付の理由が「結婚」「離婚」「養子縁組」の場合は、再交付費を徴収しません。

事業 主 記 入 欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので、届出いたします。					
	平成 年 月 日	事業主	所在地 名称 氏名	(印)		

<健康保険組合記入欄>

証回収日	月 日
再交付日	月 日
請求書発行日	月 日
請求書番号	

受付日付印

捺印		
常務理事	事務長	係