

記入見本 被保険者証再交付申請書

1 記号・番号は保険証に記載されています。



2 被保険者の氏名をご記入ください。

※氏名変更による場合は、改正後の氏名をご記入ください。

3 再交付される理由をご選択ください。

★破損、氏名変更による場合は、現在お持ちの被保険者証を必ず申請書と一緒に添付してください。
※氏名変更の場合は、旧姓および改姓日をご記入ください。

4 再交付をご希望される対象者をご記入ください。

5 紛失をされた場合は、誓約書を被保険者が自署にてご記入ください。

6 保険証の送付先住所を記入してください。

「お引き取り」以外を選択された場合、簡易書留のお受け取り可能な場所を指定してください。

※裏紙使用禁止・A4印刷限定・修正液、修正テープ禁止（修正は修正箇所を二重線で消し、記入）

送付先	TOTO社員	社内便の場合	TOTO株式会社 本社	TOTO健康保険組合 宛
		郵送の場合	〒802-8601 福岡県北九州市小倉北区中島2-1-1	TOTO健康保険組合 宛
		グループ会社社員	各グループ会社 人事担当課	
			電話番号 (内線) 7-11-2182 / (外線) 093-951-2182	

健康保険 被保険者証再交付申請書

- ◆再交付には、健保組合が本申請書を受け取り後、稼働5日程度がかかりますので、余裕を持ってご提出ください。
- ◆再交付費用として、被保険者証1枚あたり500円を給与控除いたします。
(結婚・離婚・養子縁組の理由による場合は除く)

保険証の記号・番号	記号	100	1	99999	社員番号	TOxxxxx	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	60年4月1日	
被保険者氏名 (改姓の場合・新氏名)	(フリガナ)	トウトウ タロウ			日中の電話番号 (内線)	7 - xx - xxxxx	(外線)	xxxx - xxxxx - xxxxx		
再交付の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失									
	<input type="checkbox"/> 破損 (TOTO被保険者証を要返却)									
	<input type="checkbox"/> 結婚 (TOTO被保険者証を要返却)	3	改姓日	令	年	月	日			
	<input type="checkbox"/> 離婚 (TOTO被保険者証を要返却)	改姓日	令	年	月	日				
	<input type="checkbox"/> 養子縁組 (TOTO被保険者証を要返却)	旧姓	改姓日	令	年	月	日			
<input type="checkbox"/> その他 (TOTO被保険者証を要返却)	()									
再交付対象者	氏名 (フリガナ)	トウトウ ハナコ			<input type="checkbox"/> 被保険者本人	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	62年5月1日		
	氏名 (フリガナ)	東陶 花子			<input checked="" type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年 月 日		
誓約書	※紛失者のみ、誓約書を自署にて記入すること。記入が無い場合は、返却いたします。 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る、TOTO健康保険組合が被った損害の一切を賠償することを誓約します。 令和 4年 2月 1日 被保険者本人 住所 : 東京都千代田区〇〇1-1-1 氏名 : 東陶 太郎									
保険証送付先住所	<input type="checkbox"/> お引き取り	TOTO本社・小倉第一工場にお勤めの方は「お引き取り」を選択された方が早いです。								
	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者住所(TOPAS現住所)	※「他」を選択された場合のみ、送付先ご住所を下記にご記入ください。								
	<input type="checkbox"/> その他 ※職場の場合は、下記宛名に事業所名を記載	【 宛名 : 】								
事業主証明欄	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。 所在地 : _____ 令和 年 月 日 事業主証明欄 7 名称 : _____ 氏名 : _____									

「健保使用欄」	受付日	証回収 /	回収不能 /	再交付 /	送付 /	TOTO	控除月 /	月	常務理事	事務長	担当
	請求日 /	請求書番号					処理日 /				

(R5.10 改)

7 被保険者がグループ会社社員（記号：100、105以外）の場合は、事業主より証明を受けてください。
被保険者がTOTO社員（記号：100）又は任意継続被保険者（記号：105）の場合は、事業主証明欄は無記入の状態でもTOTO健康保険組合に直接送付ください。

- 紛失に伴い、再交付を受けた後に古い保険証（紛失していた保険証）が見つかった場合は、古い保険証をTOTO健康保険組合にご返却ください。

TOTO健康保険組合
ホームページ

