

※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		
		電話番号	(内線)7-11-2182 / (外線)093-951-2182		
		グループ会社社員	各グループ会社 人事担当課		

## 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)

被保険者記入欄	保険証の記号・番号	記号	番号	社員番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日	
	被保険者氏名 (改姓の場合:新氏名)	(フリガナ)			送付先住所	〒 -				
	会社名	株式会社		所属名	日中の電話番号	(内線)	-	-		
						(外線)	-	-		
	再交付の理由	<p>※紛失以外場合は、必ず再交付を受ける被保険者証を添付してください。</p> <input 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) 旧姓 改姓日 令 年 月 日 <input type="checkbox"/> 離婚 (TOTO被保険者証を要返却) 旧姓 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)	続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日
		氏名	(フリガナ)	続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年	月	日
	誓約書	<p>※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。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者 住所 :            本人 氏名 :</p>								

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 名称 :
	氏名 :

《健保使用欄》

受付日

証回収	/	回収不能	/	再交付	/	送付	/
請求日	/	請求書番号					

控除月	月
処理日	/

常務理事	事務長	担当