

健康保険被保険者証再交付申請書 (兼 滅失届)

申請日: 年 月 日		被保険者証の記号番号		フリガナ	性別	生年月日	
記号	番号	被保険者氏名		(印)	男・女	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
勤務先の事業所名		住所名称					

【申請事由】

◇該当項目にチェック「レ」をしてください。

<input type="checkbox"/> 《再交付》滅失（紛失・盗難等）のため	→	申請前に警察へ届け出てください。	} 注）再交付手数料有
<input type="checkbox"/> 《再交付》毀損（折る等）のため	→	毀損した被保険者証を添付ください。	
<input type="checkbox"/> 《再交付》劣化（印字ボケ等）のため	→	劣化した被保険者証を必ず添付ください。	
<input type="checkbox"/> 被保険者証を滅失致しましたので、お届け致します。但し、再交付の必要はありません。			

【申請対象者】

氏名	続柄	性別	生年月日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日

【発生事由】 ※滅失・毀損時に記載

滅失・毀損した日: 年 月 日

滅失・毀損した時の状況 (出来るだけ詳細に)					
滅失時、警察への届出	警察署	受理年月日	年 月 日	受理番号	

警察への届出

被保険者証は、キャッシュ・クレジットカードのように使用の一時停止、無効措置を取ることが出来ません。滅失した被保険者証が第三者により不正使用される恐れがある為、万が一に備え、最寄の警察署等へ早急に届出ください。

再交付手数料

再交付手数料は、1枚につき1,000円（消費税不要）です。別紙記載の口座へ振り込み手続実施後、振込を証明する書類（写）を申請書に添付し提出ください。なお、振込手数料は、被保険者負担となります。後日、前の被保険者証が見つかった場合は返納頂きますが、再交付手数料は返金出来ません。

【滅失時記載】

<p style="color: red; font-weight: bold;">誓約書 (兼同意書)</p>	<p>上記に記載した通り被保険者証を滅失致しましたが、今後は十分取り扱いに注意致します。また、当該保険証が万一不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健保組合が被った場合には、その一切の責任を負うことを誓約すると共に、監督官庁・警察等への医療行為に関わる個人情報提供につきまして、貴健保組合に一任することに同意します。</p> <p>なお、この被保険者証を発見した時は、直ちに返納致します。</p>
	<p>年 月 日</p> <p>被保険者 (自署) (印)</p>

受付日付印

【事業所証明】

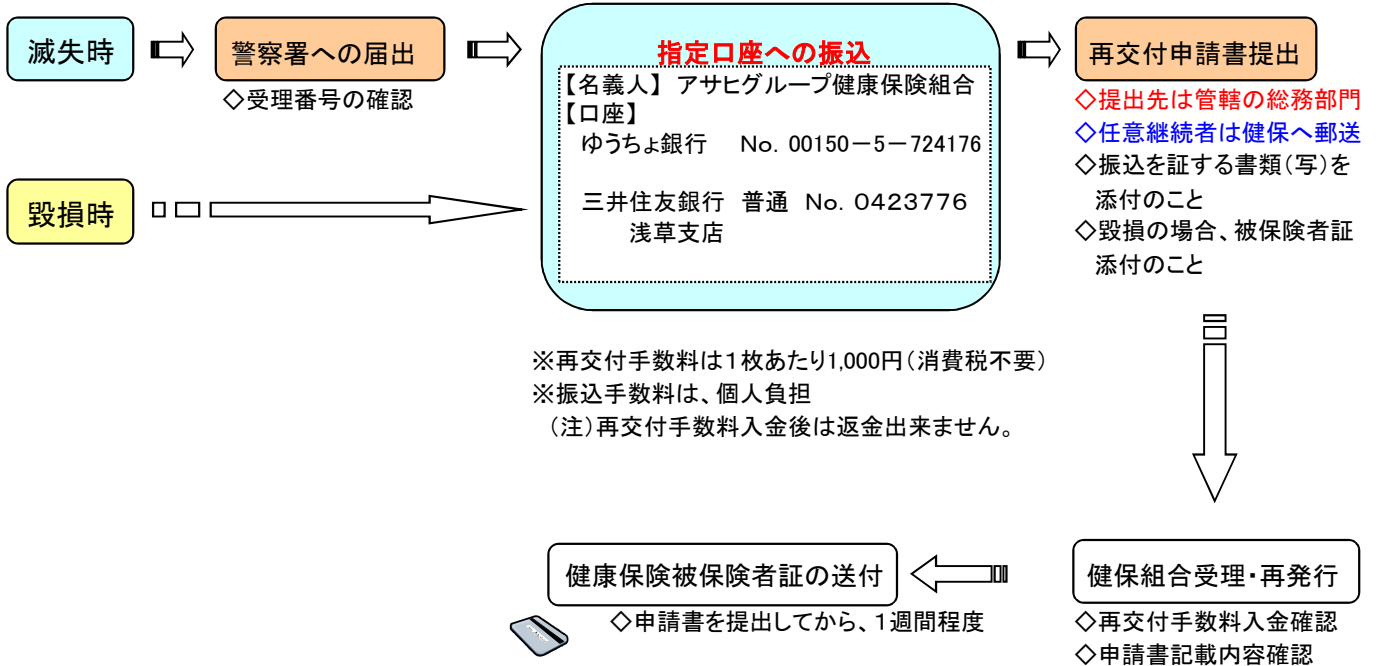
上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の再交付の申請がありましたので、申請内容に相違なき事を証明致します。なお、今後は滅失・毀損することのないよう、十分指導致します。

年 月 日

事業主	総務部・課長	健保担当者

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

【再交付申請時のフロー】



振込を証する書類(写)、もしくは
毀損した健康保険被保険者証の台紙に活用ください!!

【ゆうちょ銀行の振込記入要領】

00		口座記号		口座番号(右詰で記入)		金額		千 百 十 万 千 百 十 円	
00		001505		724176		金額			
加入者名		アサヒグループ健康保険組合		料金額		備考			
通信欄		再交付手数料		〒		日			
ご依頼人		東京都墨田区墨田		おなまえ		附			
ご依頼人		健保太郎		おなまえ		印			
裏面の注意事項をお読みください。(ゆうちょ銀行) これより下部には何も記入しないでください。									

振替払込請求書兼受領証	
口座記号番号	
加入者名	
金額	千 百 十 万 千 百 十 円
おなまえ	
ご依頼人	
料金額	円
備考	

この受領証は、大切に保管してください。

健康保険被保険者証再交付申請書 (兼 滅失届)

申請日: 4年 8月 8日		被保険者証の記号番号		フリガナ	アサヒ ハナコ	性別	生年月日
記号	10	番号	●●●●●	被保険者氏名	朝日 花子 (印)	男 女 (印)	昭和 平成 (印)
勤務先の事業所名		住所	アサヒビール株式会社				
		名称	東京都墨田区吾妻橋1-23-1				

【申請事由】

◇該当項目にチェック「レ」をしてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 《再交付》滅失 (紛失・盗難等) のため	→	申請前に警察へ届け出てください。	} 注)再交付手数料有
<input type="checkbox"/> 《再交付》毀損 (折る等) のため	→	毀損した被保険者証を添付ください。	
<input type="checkbox"/> 《再交付》劣化 (印字ボケ等) のため	→	劣化した被保険者証を必ず添付ください。	
<input type="checkbox"/> 被保険者証を滅失致しましたので、お届け致します。但し、再交付の必要はありません。			

【申請対象者】

氏名	続柄	性別	生年月日
朝日 花子	本人	男・女 (女)	昭和 平成 令和 ●年 ●月 ●日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日
		男・女	昭和・平成・令和 年 月 日

【発生日由】 ※滅失・毀損時に記載

滅失・毀損した日: ●年 ●月 ●日

滅失・毀損した時の状況 (出来るだけ詳細に)	詳細を入力				
滅失時、警察への届出	●●警察署	受理年月日	●年 ●月 ●日	受理番号	●●●

警察への届出

被保険者証は、キャッシュ・クレジットカードのように使用の一時停止、無効措置を取ることが出来ません。滅失した被保険者証が第三者により不正使用される恐れがある為、万一に備え、最寄の警察署等へ早急に届出ください。

再交付手数料

再交付手数料は、1枚につき1,000円 (消費税不要) です。別紙記載の口座へ振り込み手続実施後、振込を証明する書類 (写) を申請書に添付し提出ください。なお、振込手数料は、被保険者負担となります。後日、前の被保険者証が見つかった場合は返納頂きますが、再交付手数料は返金出来ません。

【滅失時記載】

誓約書 (兼同意書)

上記に記載した通り被保険者証を滅失致しましたが、今後は十分取り扱いに注意致します。また、当該保険証が万一不正使用されたことにより、医療費その他の損害を貴健保組合が被った場合には、その一切の責任を負うことを誓約すると共に、監督官庁・警察等への医療行為に関わる個人情報提供につきまして、貴健保組合に一任することに同意します。なお、この被保険者証を発見した時は、直ちに返納致します。

●年 ●月 ●日

被保険者 (自署) (印)

受付日付印

【事業所証明】

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の再交付の申請がありましたので、申請内容に相違無き事を証明致します。なお、今後は滅失・毀損することのないよう、十分指導致します。

年 月 日

事業主	総務部・課長	健保担当者

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者