

[健保記入欄]

枚計 _____ 円

| 健康保険組合(承認) | | | | 事業所(本社総務) | | |
|------------|-----|----|----|-----------|--|--|
| 常務理事 | 事務長 | 主任 | 担当 | | | |
| | | | | | | |

健康保険 被保険者証 再交付申請書 (滅失用)

*太枠線内を記入してください。

| | | | | |
|--------------------------|----------|--------|---------|-----|
| 申請年月日 | 令和 年 月 日 | | | |
| 被保険者証の記号・番号(左詰めで記入) | | | | |
| 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | フリガナ(氏) | (名) |
| 事業所名称(所属会社名) | | | 所属所課名称 | |
| 届出警察署名/盗難・遺失届受理番号 | | 警察署 | 受理番号: | |
| 再交付が必要な方の氏名・続柄を記入してください。 | | | | |
| 氏名 | 続柄 | 氏名 | 続柄 | |
| 氏名 | 続柄 | 氏名 | 続柄 | |

| | |
|--------|---|
| 事業主の証明 | 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申請がありましたので提出いたします。今後は遺失・き損または盗難がないよう、十分指導いたします。 |
| | 事業所所在地 |
| | 事業主氏名 |

受付日付印

| | |
|-------|--|
| 申請フロー | <ol style="list-style-type: none"> 警察に遺失届又は盗難届の提出(悪用された場合に立証できるよう届出書類控えは保管ください) 再交付手数料の振込み(1枚につき1,000円、振込手数料はご負担ください) <ul style="list-style-type: none"> 振込みの際は保険証の「記号+番号+被保険者名」を入力ください 例) 20812345ケンポタロウ ネットバンクで振込みの場合は次の①~④が表示された画面を印刷してください <ol style="list-style-type: none"> ①振込元(記号+番号+被保険者名) ②振込先 ③振込金額 ④振込日 再交付申請書(滅失用)に記入し、裏面に振込明細書(原本)又は振込画面の印刷物貼付け 事業所(本社総務)を經由して健康保険組合へ提出 健康保険組合から事業所(本社総務)に再交付の保険証を送付 <ul style="list-style-type: none"> 再交付後、紛失した保険証が発見された場合でも返金は致しかねますのでご承知おきください ※但し、紛失した保険証が発見された場合は、必ず、その紛失した旧保険証を返却ください |
| 振込先口座 | 銀行名: みずほ銀行(0001) 支店名: 深川支店(446) 口座種別: 普通口座 口座番号: 3605196 口座名義: ロジスティード健康保険組合 |

<振込明細書(原紙)貼付欄>