

| | | |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 係 員 |
| | | |

健康保険被保険者証再交付申請書 (兼 紛失届)

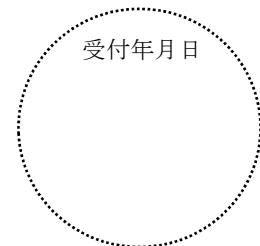
記入日 年 月 日

| | | | | | | | |
|---|----|-----|-------------|------------|-------|------------------------------|--|
| 被保険者証 記号-番号 | | — | | 被保険者 氏名 | | | |
| 事業所名 | | | | 所属 | | | |
| 対象者 | 氏名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | | 再交付 | |
| | | 男・女 | | 昭・平・令 | 年 月 日 | 要・不要 | |
| | | 男・女 | | 昭・平・令 | 年 月 日 | 要・不要 | |
| | | 男・女 | | 昭・平・令 | 年 月 日 | 要・不要 | |
| 申請理由 | | | 状況 (時期・場所等) | | | 再交付手数料 | |
| <input type="checkbox"/> 紛失 【遺失物届】 届出年月日： 年 月 日 届出先： 警察署 受理番号： | | | | | | 1枚につき 200円 振込年月日 年 月 日 | |
| <input type="checkbox"/> 不注意による破損 ※保険証を添付してください | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 文字消え・無余白・不可抗力による破損 ※保険証を添付してください | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 盗難 【盗難 (被害) 届】 届出年月日： 年 月 日 届出先： 警察署 受理番号： | | | | | | 不 要 | |
| <input type="checkbox"/> 罹災 | | | | | | | |

| | | |
|-------------------|---|---|
| 再交付 手数料 振込先 | 三井住友銀行 天満橋支店 【普通】 1298941 口座名義：京阪グループ健康保険組合 (ケイハングループ ケンコウホケンミアイ) | ・振込み手数料は申請者負担 ・振込み人名は被保険者氏名でお振込みください |
|-------------------|---|---|

※お振込みいただいた再交付手数料はお返しができません。
 振込み後、保険証が見つかった場合でも新しい保険証と差替えとなります。
 今一度お確かめの上、お振込みください。

| | |
|----------------|--------------------|
| 事業所 証明 欄 | 所在地 名称 代表者氏名 |
|----------------|--------------------|



(本人→会社→健康保険組合)