【提出先：申請者 → 会社担当部署 → 健保組合】

健康保険　被保険者証　　再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証記号・番号 | 記号 |  | 番号 |  | 申請日 | 　　　年 　　　月 　　　日 |
| 被保険者氏名（自署） |  | 事業所名 |  |
| 被保険者連絡先(日中連絡のつく電話番号) | （　　　　　 　　） | 所属名 |  | □任意継続被保険者 ＊□特例退職被保険者 ＊ |
| **【任意継続・特例退職被保険者の方へ】****申請者本人確認のため、「運転免許証」・「パスポート」等の申請者本人の顔写真がわかる書類の写しを添付してください。** |
| 再発行対象者 | 再発行対象者氏名 | 続柄 | 生年月日 | 再発行申請理由（必ずいずれかに✓） |
| 被保険者分 |  | 被保険者本人 | □S・□H　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | □「紛失」または｢き損｣□「盗難」 |
| 被扶養者分(被扶養者分を再発行する場合記入してください) |  |  | □S・□H・□Ｒ　　　　年　　　　月　　　　日 | □「紛失」または｢き損｣□「盗難」 |
|  |  | □S・□H・□Ｒ　　　　年　　　　月　　　　日 | □「紛失」または｢き損｣□「盗難」 |
|  |  | □S・□H・□Ｒ　　　　年　　　　月　　　　日 | □「紛失」または｢き損｣□「盗難」 |
| 盗難・紛失の状況＊「いつ」・「どこで」など具体的にご記入ください。 |  |
| 紛失や盗難時の警察への届出（届出必須） | 届出先（所在地） | 警察署・交番（　　　　　　　　　　　　　　　都道府県　　　　　　　　　　市・区） | 届出日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 《誓約事項》　 1.滅失等の被保険証により貴組合に損害を及ぼす場合は、私が一切の責任を負います。2.紛失等した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。3.被保険者証の保管及び取扱いには充分留意し、再び滅失等することのないよういたします。 |
| 任意継続・特例退職被保険者の方は、保険証送付先住所をご記入ください。（在職の方は、勤務先に送付します） | 〒（　　　　-　　　　　　）住　所： |
| 再交付手数料振込状況**（「盗難」は振込不要）** | 振込日 | 　年　　　　　月　　　　　日 | 振込額（1,000円×再発行枚数）（振込手数料除く） | 円 |
| 「紛失」・「き損」事由で再交付を申請する場合は、再交付手数料として被保険者証1枚につき1,000円の振込みをお願いします。《重要》本再交付申請書の会社担当部署への提出は、再交付手数料振込後に行ってください。 |
| 【振込先金融機関】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　三菱UFJ銀行　中目黒駅前支店普通　№０７５０２０３プルデンシャル健康保険組合（振込手数料は自己負担でお願いします） |
| 【事業主証明欄】　健康保険法施行規則第49条（被保険者証の再交付）により届出をします。　　　　　　　　　　　 申請者の本人確認を行いました。 事業所名称　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業主氏名　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　（事業主欄は会社担当部署で証明）　　　　　　　　　　　プルデンシャル健康保険組合　理事長殿 |
| ※保険証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、番号欄へ記載してください |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 【健保組合使用欄】受付日付印伺年月日（確認日付印）□1.運転免許証□2.パスポート□3.住民票等（1.2.が困難なため）保険証発送日： | 常務理事 | 事務長 | 確認者 | 担当者 |
|  |  |  |  |