

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	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 * <input type="checkbox"/> 特例退職被保険者 *		
<b>【任意継続・特例退職被保険者の方へ】</b> <b>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。</b>						
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	<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H 年 月 日	<input type="checkbox"/> 「紛失」または「き損」 <input type="checkbox"/> 「盗難」		
被扶養者分 (被扶養者分を再発行する場合のみ記入してください)			<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 「紛失」または「き損」 <input type="checkbox"/> 「盗難」		
			<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 「紛失」または「き損」 <input type="checkbox"/> 「盗難」		
			<input type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R 年 月 日	<input type="checkbox"/> 「紛失」または「き損」 <input type="checkbox"/> 「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)	( 都道府県	警察署・交番 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にいたします。						
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 No.0750203 ブルデンシャル健康保険組合 (振込手数料は自己負担をお願いします)				
【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)						
ブ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

受付日付印	同年月日 (確認日付印)	【健保組合使用欄】 <input type="checkbox"/> 1.運転免許証 <input type="checkbox"/> 2.パスポート <input type="checkbox"/> 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