

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)	健保 太郎		事業所名	◇◇株式会社		
被保険者連絡先 (日中連絡のつく 電話番号)	●●● (●●●●)		〇〇支社	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者 * <input type="checkbox"/> 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		
被保険者分	健保 太郎	被保険者本人	<input checked="" type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H ●●年 ●●月 ●●日	<input type="checkbox"/> 「紛失」 <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)	健保 花子		<input checked="" type="checkbox"/> S・ <input type="checkbox"/> H・ <input type="checkbox"/> R ●●年 ●●月 ●●日	<input checked="" type="checkbox"/> 「紛失」 <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。		●●●●年●●月●●日に、2人で△△病院を受診の際、保険証を提示したが、自宅に帰った際に紛失に気付いた。				
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.減失等の被保険証による損害を及ぼす場合は、私が一切の責任を負います。 盗難・紛失した場合には、警察に届出、届出先警察署・届出日をご記入ください。						
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円を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 プ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)により届出をしまし、申請者の本人確認を行いました。						
		事業所名称		印		
		事業主氏名		*事業主の押印は、自筆署名の場合は省略できます (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						

社員本人の署名です。印字では受付できません。

「任意継続」・「特例退職」の方は、申請者本人確認書類の添付が必要です。

被扶養者の被保険者証を再交付するときは、該当者をご記入ください。

・「紛失」又は「き損」による再交付手数料は、再交付枚数1枚につき、1,000円を負担していただけます。
 ・再交付手数料の振込先・振込日・振込額をご記入ください。
 ・「盗難」による再交付手数料は、無料です。

※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
-------	-----------------	---	------	-----	-----	-----