

健康保険被保険者証 再交付申請書

提出日: 令和 ×× 年 7 月 7 日

| | | | | |
|---|------|---|--|----|
| 健康保険証 記号 番号 | | 被保険者氏名 | 再交付を申請する理由 | |
| 36 123456 | | 健保 太郎 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input checked="" type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 再交付申請に至った経緯・顛末 | | | 警察への届け出 | |
| 〇〇病院からの帰りに△△スーパーで買い物をしている最中に、 駐車場の車を荒らされ盗難にあいました。 発生年月日: 令和 ×× 年 7 月 5 日 発生場所: △△スーパーの駐車場 | | | <input checked="" type="checkbox"/> 有 ×××× 警察署 第 1234 号 <input type="checkbox"/> 無 | |
| 再交付申請の対象者 | 被保険者 | 氏名 | 生年月日 | 続柄 |
| | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 | 本人 |
| | 被扶養者 | 健保 花子 | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 45 年 8 月 25 日 <input type="checkbox"/> 令和 | 妻 |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 | | |
| 上記のとおり再交付を申請します。 なお、今後は紛失・盗難又は毀損することのないよう十分注意するとともに、後日発見した場合は、直ちに返納することは勿論、貴組合に損害を与えた場合は責任を負います。 被保険者氏名(自署) 健保 太郎 | | | | |
| 上記の通り被保険者から再交付申請がありましたので届け出たし、 被保険者証を紛失・盗難又は う十分指導いたします。 令和 年 月 | | | | |
| 記入不要 | | | | |

【注意事項】

再交付にあたり手数料が1枚につき500円がかかります。
この申請書を提出するとともに、下記の口座へ再交付手数料をお振込みください。
(銀行の振込手数料は自己負担です。)入金を確認次第、再交付いたします。
但し、市町村発行の罹災証明書(写)の添付がある場合は、無償交付いたします。
なお、入金後の返金は理由を問わずいたしません。十分ご確認の上ご送金ください。

【振込先】

エスエムピーシーファイナンスサービスケンコウホケンマイ
三井住友銀行 名古屋支店 普通預金 No.7576058 SMBCファイナンスサービス健康保険組合

【申請書の送付先】

必ず事業主経由でご提出ください。
任意継続被保険者は、健保組合へ直接ご提出ください。

| | |
|-----|-----|
| 入金日 | 確認者 |
| | |

| | | | |
|------|-----|--|----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当 |
| | | | |