

提出先：健保組合(大阪オフィス内)

Request for Reissue Health Insurance Card

サントリー健康保険組合 御中

EXAMPLE

A reissue fee of 1,000 yen is required for reissuance due to loss or damage.

健康保険被保険者証 再交付申請書

注) 紛失・毀損による再交付には再交付手数料1,000円が必要です(申請書裏面に振込先記載)。

太枠内を記入してください。

Insured Person's Name

記号	健康保険 被保険者番号	被保険者氏名	健保 太郎
被保険者番号 (氏名コード)	Health Insurance Card Number 123456	Applied Person's Name	健保 太郎
勤務先事業所	Working office SWH	再交付対象者	健保 花子 (続柄：長女)
申請理由	Reason of reissues Lost (紛失) / Damage (毀損) 劣化 (印字ボケ等) deterioration	部 署	Division 〇〇部
Fee transfer date (MM/DD)	再交付手数料 4 月 7 日 振込済		
The number, etc. issued by the nearest police station (optional)			
※警察の紛失・盗難届受理番号 11222		※状況詳しく記入してください(記載が無い場合は交付出来ません)。 ※劣化した保険証を添付してください。	

上記のとおり再交付を申請します。

(申請理由が「紛失」の場合のみ、以下の誓約が必要)

今後は紛失することのないように注意するとともに、失った被保険者証を発見したときは、ただちにお返しいたします。

また、紛失被保険者証の不正使用によって貴組合に損害を生じしめたときは、被保険者において、その弁済の責に任じることを誓約します。

平成 29 年 4 月 7 日

Application Date
(YY/MM/DD)

Address

被保険者

住所

〇〇県〇〇市〇〇町1丁目2番3号

Insured Person's Name & Seal

氏名

健保 太郎



(認印)

Manager's Division

所属長

部署

〇〇部

Manager's Name & Seal

氏名

所属 幸一

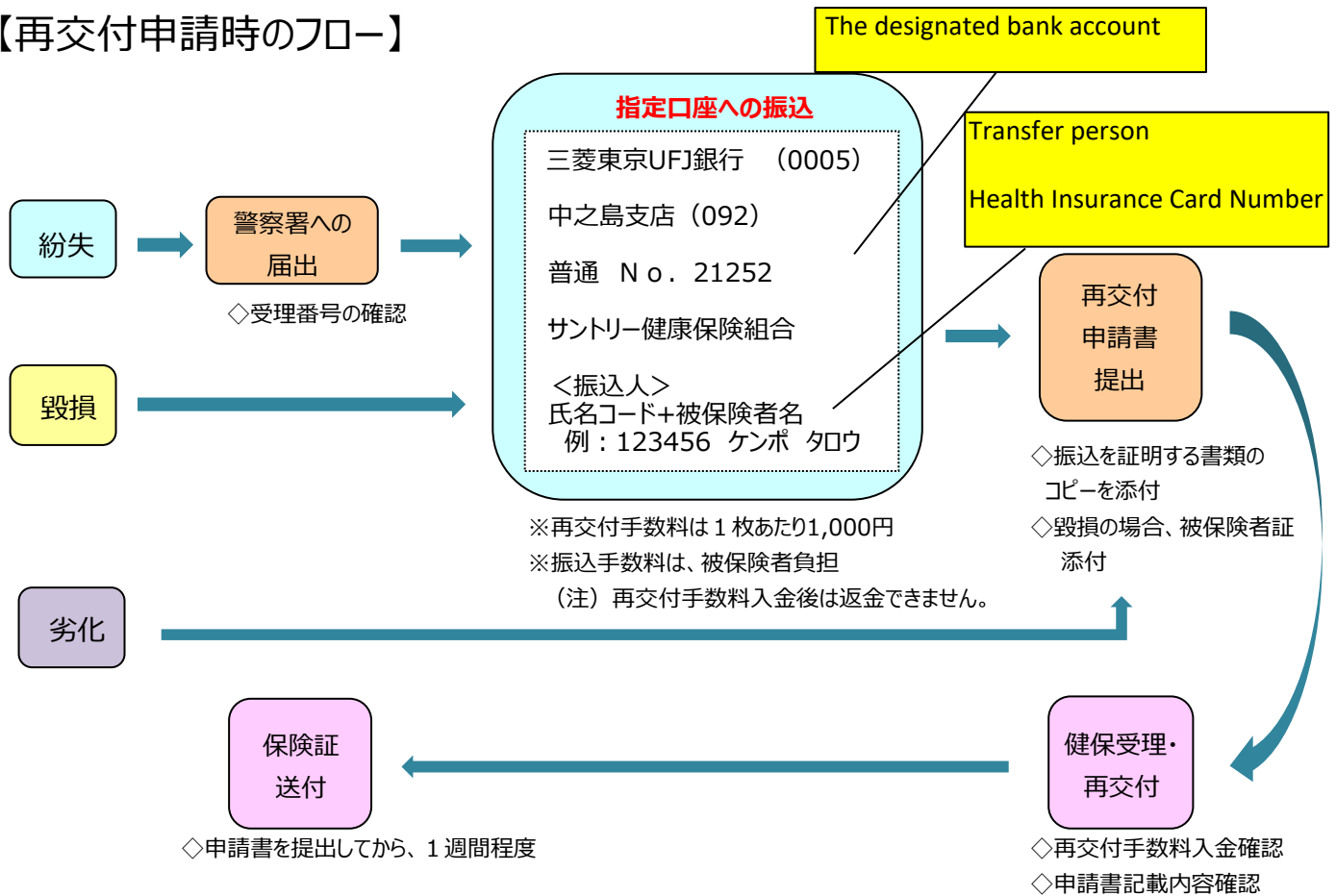


(認印又は日付印)

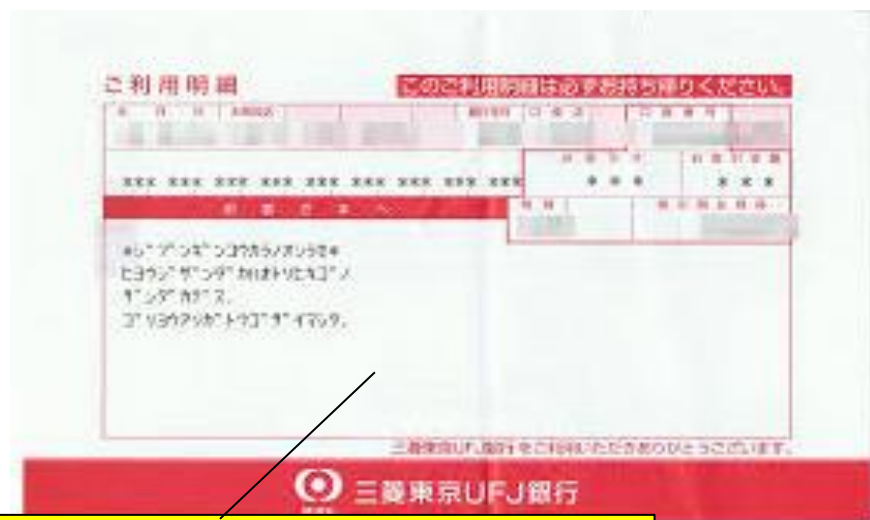
※健保処理欄

決	常務理事	事務長	担当者	再交付年月日	再交付番号
裁					

【再交付申請時のフロー】



◆振込を証明する書類（コピー可）を必ず添付



- ① Pay the card reissue fee (1,000yen/card; remittance fees must be borne by the insured person) into the designated bank account.
- ② Attach documentation certifying remittance of the fee described under ① above; photocopies accepted.