

| | | | |
|------|-----|-----|---------|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 再交付年月日 |
| | | | 年 月 日交付 |

健康保険被保険者証（滅失・毀損）再交付申請書

| | | | |
|-------------------|--|--------|----------|
| 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | 生年月日 |
| | | | 年 月 日生 |
| 被保険者住所 | 〒 Tel | | |
| 再交付申請 の 対象者 | ① | 続柄 [] | ② 続柄 [] |
| | ③ | 続柄 [] | ④ 続柄 [] |
| | ⑤ | 続柄 [] | ⑥ 続柄 [] |
| 再交付を申請する理由 | | | |
| 事業主証明欄 | 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 事業所所在地 〒 名称 事業主 Tel | | |

再発行料金 カード1枚につき 1,000円

《注意事項》

- 紛失・破損等・盗難等により被保険者証（カード）の再交付を受ける場合、再交付料として理由を問わず、一枚につき1,000円徴収いたします。
後で被保険者証（カード）が見つかったとしても、料金は返金いたしませんので、この申請書を提出する前に再度お確かめ下さい。

～再交付までの流れは次のとおりです～

- ① 在籍者は、事業所の健保担当者（任意継続被保険者は直接健保）に、この用紙（健康保険被保険者証再交付申請書）を提出してください。
 - ② 在籍者は、事業所の指示により再交付料を（給与天引き等により）後日お支払下さい。
 - ③ 任意継続被保険者は、申請書を提出後、下記指定口座に「被保険者氏名」にて再交付料を振り込んでください。※振込手数料は、各自負担となります。
健保組合で、再交付料の入金を確認した後、再交付しご自宅に送付します。
- 健康保険証（カード）を紛失されたり、盗難になった場合は、第三者に悪用される恐れがありますので必ず、最寄りの警察署に届け出てください。

＜指定振込口座＞
みずほ銀行 茅ヶ崎支店（普） 1686995
名義 アルバック健康保険組合

←任意継続被保険者の方のみ
こちらに振り込んでください。

受印

※健保記入欄

| | | | |
|-------|---|-----|---|
| 再交付枚数 | 枚 | 金額 | 円 |
| 請求日 | | 入金日 | |