

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
0000	0000	健保 太郎	S50 年 1 月 20 日生
被保険者住所	〒000-0000 〇〇県〇〇市〇〇〇〇 Tel.000-0000-0000		
再交付申請 の 対象者	① 健保 太郎 続柄 [本人]	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	引越しの際、荷物にまみれて紛失してしまいました。		
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	