被保険者証再交付申請書

申請日： 年 月 日

次のとおり { 滅失… 紛失いたしました
盗難・罹災で失くしました
毀損… 破損いたしました }

ので再交付を申請いたします

紛失した場合は始末書を添付して下さい。

○破損した場合は保険証を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		生年月日	性別	注意 後日紛失した保険証が見つかった場合は、速やかに健保組合へ返却してください。 なお、手数料の返金はいたしません。
				昭 平	男 女	
被保険者の住所		(〒 -)				
再交付対象者	氏名	生年月日	続柄	再交付手数料		
		昭・平 年 月 日		※保険証再交付 1枚につき1000円 (振込み手数料は自己負担です)		
申請理由 と状況	※○印してください ・紛失 [] ・破損 [] ・罹災 [] ・盗難 []	いつ 平成 年 月 日 どこで(場所)				
	※盗難の場合 被害届を提出した 警察署	名称	署	派出所		
	届出日・電話	月 日 時頃	電話	()		
	受理番号	号				
<p>(再交付手数料の払い込みを証する書類を貼付する欄)</p> <p>再交付手数料の払い込み方法は以下のとおりです。</p> <p>【銀行振り込み】 下記の当健康保険組合指定の銀行口座に再交付手数料1枚につき1000円(振込み手数料は自己負担)を払い込み、その払い込みを証明するもの(振込利用明細書、領収書等)原本をこの欄に貼り付けて、各地区人事主管部署まで提出してください。</p> <p>振込口座：三菱東京UFJ銀行 名古屋営業部(普通)1029632 名 義：岡谷鋼機健康保険組合(オカコウケンコウケンカマイ)</p> <p>※盗難・罹災(火災、自然災害等)の場合は別途証明書(盗難届・罹災証明書)を添付することで手数料が免除となる場合があります。 ※なお、罹災証明書につきましては後日提出を可とします。</p>						

岡谷鋼機健康保険組合 殿

上記の申請のとおり相違ありません。		年 月 日
事業所所在地		①
事業所名称		
事業主氏名		

受付印

組合処理欄	常務理事	事務長		担当