

被保険者証等再交付申請書兼滅失届

九電工健康保険組合 理事長 殿

提出日

令和 年 月 日

被保険者証						被保険者氏名			生年月日		
記号			番号						昭和 平成 年 月 日		
会社名						支店・営業所・部門			社員番号		

破損・紛失した証の対象者				健保処理欄
氏名	続柄	性別	生年月日(本人の場合は記入不要)	
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	

証の種類(該当に○)	1.()被保険者証	2.()高齢受給者証
	3.()特定疾病療養受療証	4.()限度額適用認定書
再交付必要の有無	1.()必要	2.()不要
再交付申請の理由	1.()破損	2.()紛失

破損または紛失の状況	
------------	--

誓約事項 (再交付申請の理由が「滅失」のときにご記入ください)

- 被保険者証等の保管及び取扱いには十分留意し、再び滅失することのないようにいたします。
- 滅失した被保険者証等により健康保険組合に損害を及ぼす場合は、私が損害賠償の責を負います
- 滅失した被保険者証等を発見したときは、すみやかに再交付分を健康保険組合に返却いたします。

九電工健康保険組合 理事長 殿

被保険者住所

令和 年 月 日

被保険者氏名

【再発行手数料・振込先口座】

※被保険者証の紛失による再発行の場合のみ。

被保険者証1枚につき1,000円

〔振込先口座〕

福岡銀行 渡辺通支店
普通預金 954472 九電工健康保険組合
※振込手数料は各自負担

事業所担当者名・受付日の記入、または押印
受付日:令和 年 月 日
社会保険労務士 確認欄

【添付書類】

■被保険者証の紛失による再発行の場合
・発行手数料を送金時の明細(コピー可)を裏面に貼付。
※インターネットバンキングによる送金の場合は、「依頼人名」「送金日」「送金額」が記載されたページのコピー

■被保険者証の破損による再発行の場合
破損した被保険者証
※添付できない場合は、紛失と同様の取扱いとし、再発行手数料が必要です。

■被保険者証以外の再発行
添付書類不要

健康保険組合			健保組合 受付印
常務理事	事務長	担当	