任意継続保険証再交付申請書

健保組合								
担当	再査							

被保険者記号·番号 記号 番 号		被保険者氏名						〒 -	都 道	郡	
5 1 0 0							住所		府県	т П	
再交付を申請する者の氏名 被保険者との続柄 生年月日 との続柄 元号 年 月日日			-	再交付を希望する理由							
			昭和 平成 令和					□ 紛失	□破損	□ 盗難	□ その他()
			昭和 平成 令和					□ 紛失	□ 破損	□ 盗難	□ その他()
			昭和 平成 令和					□ 紛失	□ 破損	□ 盗難	□ その他()

滅失による再交付申請の場合は、下記の念書を差し入れしてください。

念 書

- 1. 滅失した健康保険証を後日発見した場合は、直ちに返却します。
- 2. 今後、保険証の保管につき十分注意します。
- 3. 滅失した健康保険証によって生じた一切の責任は、被保険者において負担し、 貴組合に対し迷惑をかけないことを約束します。

年 月 日

被保険者氏名

保険証を紛失(盗難含む)または破損して再交付を受ける場合は、再交付料として1枚につき1,000円徴収いたします。(振込手数料は自己負担になります。)

振込控を裏面に貼付し、健康保健組合宛に提出ください。 振込後の返金はできませんのでご注意ください。

<振込先>

銀行名	みずほ銀行	支店名		大阪中央支店				
預金種目	普通	五			4245057			
口座名義人	ニホンセイメイケンコウホケンクミアイ							

※金融機関の振込票(またはATM入力画面)にある振込依頼人番号に健保番号(7桁)を必ず入力ください。振込依頼人番号欄がない場合は、振込人名の前に健保番号(7桁)を入力ください。