

特例退職 健康保険証 高齢受給者証 再交付申請書 限度額認定証

健保組合	
担当	再査

被保険者記号・番号		被保険者氏名				〒 ×××-××××					
記号	番号					住					
6	100	日生 花子				所	大阪 都道 大阪 郡市 中央区今橋×-×-××				
再交付を申請する者の氏名		被保険者との続柄	生年月日			再発行希望の証		再交付を希望する理由			
日生 次郎		次男	元号	年	月	日	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証		<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> その他()		
			昭和				<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証		也()		
			昭和				<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証		也()		

高齢受給者証・限度額認定証については再交付料は不要です

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	日生 花子

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	口座番号	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。			