

※健保組合記載欄

常務理事	課長	担当	被証	投入	処理月	交付日	. . .
						金額	. . . 円
						徴収日	. . .

被保険者証
 高齢受給者証 **再交付申請書**

被保険者証の記号・番号	記号		番号	
被保険者氏名		男・女	昭・平令	年 月 日生
被保険者の住所	〒 電話			
事業所の名称	電話			
再交付を申請する該当者	氏名	性別	続柄	生年月日
		男・女		昭・平令 年 月 日
		男・女		昭・平令 年 月 日
		男・女		昭・平令 年 月 日
再交付を申請する理由(該当に○)	有料 滅失	日時 場所 状況 警察署名 届出日 受付No.		
	有料 滅失(10年未満)	保険証回収	添付	枚
	無料 滅失(10年以上)		返不能	枚
	無料 住所欄無余白	保険証回収	添付	枚
			返不能	枚

上記のとおり再交付申請をします。なお今後被保険者証を滅失したりすることのないようにその使用・保管について十分注意するとともに、後日滅失した被保険者証を発見したときはただちに返納し、不正に使用されることのないように注意します。また万一滅失した被保険者証が不正に使用された場合は私が一切の責任を負います。

- * 滅失、き損(証交付日より10年未満)で被保険者証を再発行する場合は1枚につき千円徴収しますので、枚数分の金額を添えて本申請書を提出してください。振込の場合は手数料は本人負担で下記に振込してください。
 - ・三菱UFJ銀行 西院支店 普通預金 0000489
 - ・郵便振替 口座記号:01020-9、口座番号:20753、加入者名:島津製作所健康保険組合
- * き損、住所欄無余白の場合は被保険者証を添付してください。
- * 滅失された被保険者証は、クレジットカードのように記号・番号を停止・変更することはできません。
- * 盗難や自宅以外で滅失した場合は、警察署に届出ください。
- * 被保険者証を公的機関への身分証明に必要なための再交付の場合は住所欄無余白に○をしてください。

確認欄	<input type="checkbox"/>	この申請については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--------------------------	---

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので提出いたします。
 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

 受付印