

決定 伺	常務理事	係 員	再交付年月日
			年 月 日

被保険者証再交付申請書

* 太枠内のみ記入のこと

被保険者証の 記号及び番号	記号	番号	事業所の 名 称	
被保険者 氏名				社員コード
再交付申請の対象者	氏名		続柄	氏名
再発行手数料	1,000 円 × 枚		計	円
再交付を申請する理由	(紛失等に気づいたときの状況についてなるべく詳しく記入してください。)			<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 無余白
<p>上記のとおり申請します。なお、再交付手数料(1枚1,000円)は健康保険組合指定口座に振り込みます。 <small>(*振り込み手数料は個人負担、振込みは必ず被保険者名義のこと)</small></p> <p>年 月 日 提出</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">被保険者 氏名</p> <p style="text-align: center;">極東開発健康保険組合 殿</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。</p>				
事業主の証明欄	<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>事業主 所在地</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">氏名</p>			

※ 事業主(会社の社会保険担当窓口)を通して申請してください。

* 出向者の方は出向先ではなく出向元が事業主となります。

※ 毀損、無余白の場合は、今お使いの被保険者証を添付してください。

※ 保険証は、再交付手数料の入金確認後に発行しますので、ご了承ください。

キョウトウカイハツケンコウホケンギマイ リジチョウ フジモト タケシ
 <指定口座> 極東開発健康保険組合 理事長 藤本 丈司
 三井住友銀行 西宮支店 普通 1202653

健保使用欄	入金確認	/ 済
-------	------	-----

決定伺	常務理事	係 員	再交付年月日
			年 月 日

被保険者証再交付申請書

* 太枠内のみ記入のこと

被保険者証の記号及び番号	記号	100	番号	1000	事業所の名称	極東開発工業株式会社	
被保険者氏名	極東 太郎				社員コード	10001	
再交付申請の対象者	氏名		続柄	氏名		続柄	
	極東 太郎		本人	極東 花子		妻	
	極東 桃子		長女	極東 一郎		長男	
再発行手数料	1,000 円 × 4 枚			計	4,000 円		
再交付を申請する理由	(紛失等気づいたときの状況についてなるべく詳しく記入してください。) 財布に入れていた被保険者証をカバンごと紛失しました。					<input checked="" type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 無余白	
<p>上記のとおり申請します。なお、再交付手数料(1枚1,000円)は健康保険組合指定口座に振り込みます。 <small>(*振り込み手数料は個人負担、振込みは必ず被保険者名義のこと)</small></p> <p>令和 4 年 7 月 1 日 提出</p> <p>被保険者本人の届出の意思を事業主が確認した場合は、署名は省略することが可能です。</p> <p>663-8545 兵庫県西宮市甲子園口6丁目1番45号</p> <p>被保険者 氏名 極東 太郎</p> <p>極東開発健康保険組合 殿</p> <p><input type="checkbox"/> 本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。</p>							
事業主の証明欄	年 月 日 事業主 所在地 名称 氏名						

※ 事業主(会社の社会保険担当窓口)を通して申請してください。

* 出向者の方は出向先ではなく出向元が事業主となります。

※ 毀損、無余白の場合は、今お使いの被保険者証を添付してください。

※ 保険証は、再交付手数料の入金確認後に発行しますので、ご了承ください。

キョウトウカイハツケンコウホケンギアイ リジチョウ フジメト タケン
<指定口座> 極東開発健康保険組合 理事長 藤本 丈司
三井住友銀行 西宮支店 普通 1202653

健保使用欄	入金確認	/ 済
-------	------	-----

【ご注意いただきたいこと】

① **現金の取り扱いは致しません。**

再発行手数料を社内便や郵便などで送ることはおやめください。

また、健康保険組合への現金のお持込みもご遠慮ください。

事故防止のため、ご協力をお願い致します。

② **いったん振り込まれた再発行手数料は、ご返却できません。**

あとで保険証が見つかった場合も返金できませんので、

再発行を申請される場合は今一度お確かめの上、申請をお願い致します。

③ **事業主が被保険者本人の届出の意思を確認している場合は、
被保険者本人の署名を省略することができます。**

上記の場合は、被保険者本人の署名を省略し、事業主が保険証の再交付を申請することが可能です。

④ **出向者の方の事業主は出向先ではなく、出向元です。**

被保険者証の記号及び下に記載されている事業所名称が申請される方の事業主となります。

例) 出向元：KK（被保険者証記号100） 出向先：KSE ⇒ 事業主はKK