

# 再交付申請書・滅失届

常務理事	事務長	担当者

該当申請に☑してください。

- 健康保険証  高齢受給者証  特定疾病療養受療証

記号 - 番号	-	会社名・事業所 (原籍の会社)	
被保険者氏名			
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	連絡先 (電話)
現住所	〒 - 住民票登録に関係なく、実際に住んでいる住所を記入		

※き損の場合は、き損した被保険者証の添付が必要です!

対象者氏名	生 年 月 日	続柄	区分 (該当に○)	再交付 (該当に○)	
	昭和 平成 令和	年 月 日		滅失・き損	有・無
	昭和 平成 令和	年 月 日		滅失・き損	有・無
	昭和 平成 令和	年 月 日		滅失・き損	有・無
	昭和 平成 令和	年 月 日		滅失・き損	有・無
	昭和 平成 令和	年 月 日		滅失・き損	有・無

滅失・再交付を申請する具体的理由 (盗難による滅失の場合は、状況が分かるよう具体的に記載下さい)

盗難 (被害届) 警察署名: 電話: 受付日: 年 月 日 受付番号:

## 滅失した被保険者証発見の際の返納誓約 (滅失した場合のみ)

今後、被保険者証の取扱いには充分注意いたします。滅失した被保険者証を発見した際には、ただちに返納いたします。

被保険者氏名

## ☆保険証再交付には保険証1枚につき1,000円の手数料が発生します。

- 天災等、被保険者・被扶養者の責によらない場合は、再交付手数料はいただきません。
- 再交付後に保険証の再発行が不要な事由が発生しても、再交付手数料は返却いたしません。
- 再交付手数料は、事業所を経由してお支払いただきます (任意継続の方を除く)。

## 任意継続以外の方 (記号が「9990以外」の方)

本人同意書	事業主記入欄 (事業主の証明が必要です。)
保険証再交付手数料を事業主を経由して支払う事に同意します。  被保険者氏名 <input type="text"/>	左記のとおり被保険者から申請がありましたので届け出いたします。 内容について本人に確認を実施したことを証明いたします。  事業所所在地 事業所名称 電 話

住所、事業所名、事業主名/代理人名はゴム印を使用してください。

## 任意継続の方 (記号が「9990」の方)

- 再交付手数料払込み確認後に再交付します。  
(振込手数料はご負担ください。)

### 【払込先】

みずほ銀行(001) 丸之内支店(005) 普通 1104102  
古河電工健康保険組合(フルカワデンコウケンコウホケンクミアイ)

- 以下の書類を添付して申請してください。
  - ・申請者本人の住民票(写)コピー  
(マイナンバーの記載がないもの)
  - ・再交付手数料の払込みを確認できるもののコピー

### 【健保記入欄】

再交付手数料控除	要・不要	処理印
控除要の場合(依頼年月)	年 月	

事務処理 発信者印	事務処理 発信者印	事務処理 発信者印

※受付日付印

1 担当者データ印または朱印

014L 古河電工健康保険組合