

被保険者証 滅失・き損・無余白届 及び 再交付申請書

常務理事	事務長	係	係

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号		被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	
	—		(氏)	(名)	昭 5 平 7	年 月 日
	性別	被 保 険 者 の 住 所				
	男 1 女 2	〒 Tel ()				

再 交 付 対 象 者 欄	再交付申請の対象となる方の氏名 (被保険者の場合は、本人とお書き下さい。)		生 年 月 日		性別	続柄
	(氏)	(名)	昭 5 平 7	年 月 日	男 1 女 2	
	再 交 付 対 象 者 の 住 所 (被保険者と同じ場合は、同上とお書き下さい。)					
	〒 Tel ()					
	申請理由(下記いずれかを選択して下さい。)		状況(いつ・どこで・どのような状況で滅失、き損したか)を具体的にご記入下さい。			
	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 臓器提供意志欄の変更 <input type="checkbox"/> 住所欄三回目からの変更 <input type="checkbox"/> その他() ※住所変更の場合は、手数料不要		いつ どこで どのような状況で			
盗難または自宅外での紛失の場合は警察署へ届け出てください。 ____年__月__日 _____警察署届出 受理番号____号						

上記のとおり再交付を申請します。滅失・き損の場合、今後は滅失・き損のないようによく注意します。また、滅失の場合で失った被保険者証を発見した時は、ただちにそれをお返し、証の滅失により被害がありました時は、その損害を支弁いたします。

年 月 日

被保険者
氏 名

印

上記の被保険者は健康保険被保険者証を滅失・き損、無余白となった旨申し出たことを証明します。
なお、今後は、滅失・き損のないように各被保険者を指導します。

年 月 日

事業主の
名称・所在地

印

【注意事項】

- すべての項目に記入してください。
- 続柄には「本人」「夫」「妻」「父」「母」「長男」「長女」「祖父」「祖母」などと詳しく記入してください。
- 保険証は一人一枚のカード型ですので滅失した方、き損した方ごとに提出してください。
- 盗難・紛失以外の場合は、該当の保険証を添付して提出してください。
- 滅失・き損・臓器提供意志欄の変更の場合は、再交付手数料(1,000円)が必要です。** 下記、いずれかの日本ペイント健康保険組合の口座宛てに手数料(1,000円)を振込み、振込明細書(原本)を申請書の裏面にのり付けし、再交付手数料振込み後1週間以内に、事業所担当者様経由にて、健保組合へ提出して下さい。
なお、金融機関への振込手数料は、各自負担していただきます。

ゆうちょ銀行 大阪大淀中郵便局 当座 NO.00980-4-146311	三井住友銀行 西野田支店 普通 NO.268157	三菱東京UFJ銀行 堂島支店 普通 NO.509423
---	------------------------------	--------------------------------

※ゆうちょ銀行へ振込む際は、郵便局指定の「払込取扱印」にて、通信欄に住所・氏名・保険証の記号・番号を記入しお振込下さい。

- 現金では、受付できません。
- この申請書は事業所担当者経由で健保組合に提出してください。

日本ペイント健康保険組合