

常務理事	事務長	係

被 保 険 者 証 再 交 付 願

年 月 日

記号 \_\_\_\_\_ 番号 \_\_\_\_\_ 所属 \_\_\_\_\_ 部 \_\_\_\_\_ 課 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

注 意 事 項	<p>1. 保険証を紛失した場合、警察に遺失物の届出を行ってください。再交付手数料が必要となりますので、右下の説明に沿って振込みをお願いします。なお、盗難や罹災などやむを得ない事情による紛失の再交付手数料は不要です。</p> <p>2. 毀損(割れた/印字が見えなくなった)・無余白の場合は、保険証の現物を添付してください。再交付手数料は不要です。</p> <p>3. 紛失した保険証が見つかった場合、速やかに古い保険証を健康保険組合にご返納ください。</p>
------------------	--

対 象 者  (再 交 付 が 必 要 な 方)	氏 名	続柄	生年月日	再交付手数料の振込みについて ※再交付手数料の振込みを証する書類の写しはこちらへ貼付けてください  再交付手数料・・・1枚につき500円(振込手数料は申請者負担)  振込方法 下記の指定銀行口座に再交付1枚につき500円(振込手数料は申請者負担)を振込み、その振込みを証明するもの(振込利用明細書、領収書等)の写しをこの欄に貼付けてください。  振込口座： 三井住友信託銀行 大阪本店営業部 普通口座 2670522 名 義： 阪急阪神健康保険組合 (ハンキョウハンシンケンコウホケンクミアイ)  ※ 振込いただいた手数料はいかなる理由(振込み後見つかった、多額振込んだ等)があっても返金致しかねますので、今一度お確かめの上、お振込みください。
			昭・平・令 年 月 日	
			昭・平・令 年 月 日	
申 請 と 理 由 状 由 況	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 罹災 <input type="checkbox"/> 毀損・無余白			
	理由 ※できるだけ詳細(時期、場所、状況等)に記入してください			
警 察 へ の 届 出	■ 紛失の場合(遺失物届) 届出 _____ 警察署 (TEL - - ) 届出年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 届受理番号 _____ 号			
	■ 盗難の場合(盗難届/被害届) 届出 _____ 警察署 (TEL - - ) 届出年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 届受理番号 _____ 号			

事 業 所	責 任 者	担 当

受付印

