

令和 年 月 日

健康保険被保険者証再交付申請書

受 付 印	
健保組合	事業所

常務理事	事務長	担当者

あなたが記入するところ	社員番号	所属事業所	愛三工業(株) 愛三工業労組 愛協産業(株) ACS(株) 愛三熊本(株) 任意継続	被保険者氏名	(印)	
	被保険者証		所 属 事 業 所 本社 安城工場 豊田工場 その他	自宅住所		
	記号	番号		〒		
	再交付対象者		再交付の事由(該当に○)	1.紛失(※念書に記入願います。) 2, 盗難 3.破損 4.その他() 1.紛失(※念書に記入願います。) 2, 盗難 3.破損 4.その他()		
	念書 (紛失時の場合のみ記入)		<p>上の再交付申請書に記載したとおり、健康保険被保険者証を紛失したことに相違ありません。再三探しましたが、見当たりませんので、再交付をお願いします。今後は十分取扱いに注意すると共に、紛失した被保険者証を発見した場合は、直ちに旧保険証を返納いたします。 第三者が紛失した被保険者証を使用した時の医療費およびその他の損害については、私がすべての責任を負うことを誓約いたします。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者氏名 (印)</p>			
	所轄警察署への届出状況		被害届提出年月日 令和 年 月 日	被害届受付番号	所轄警察署名 警察署	
(注意事項) 再交付手数料について		<p>紛失・破損等により被保険者証の再交付を行う場合には、愛三工業健康保険組合の定める規程に基づき再交付手数料として被保険者証1枚につき500円を徴収します。</p> <p>①従業員(扶養のご家族)の方 → 給与天引きとします。 ②任意継続被保険者の方、給与天引きができない方 健保組合の指定口座へ事前入金が必要です。本申請書を提出時に必ず健保組合へご連絡ください。</p> <p>※ 例外(申請書下部欄外ご参照)に該当の方からは再交付料を徴収しない場合も有ります。不明の場合は一度健保組合へご相談ください。</p>				
事業主証明欄	<p>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証明いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業主の所在地 名称 (印) 氏名</p>					

- 健康保険被保険者証を盗難された場合は、最寄の警察署に盗難被害届を至急提出してください。
- 例外：再交付理由が盗難(※)・天災・火災・その他やむを得ない事由であると健保組合が判断する場合。※盗難の場合は所轄警察署の被害届受付番号欄の記入が条件となります。
- 破損した健康保険被保険者証は、この申請書に添付して申請ください。