

【申請ルート】

／被保険者（本人）→お勤め先の会社・事業所の社会保険担当部署→健康保険組合

（任意継続加入者のみ、事業所ではなく直接健康保険組合宛へ送付ください。）

健康保険被保険者証 滅失届 兼 再交付申請書

事業所名				所属部署	
保険証の記号		※枝番は不要 番号		被保険者氏名	
被保険者の住所	〒 _____ ー _____				

滅失した保険証対象者氏名 (複数記載可)	再交付 (再発行の希望)	<input type="checkbox"/> 希望する ・ <input type="checkbox"/> 希望しない <small>(希望しない方は振込しないでください)</small>
-------------------------	-----------------	--

滅失に至った理由 (該当する箇所にチェック)	再交付を希望される場合の注意
<input type="checkbox"/> ① 紛失	<ul style="list-style-type: none"> ・申請にあたり、1枚につき再交付手数料1,000円を事前に振り込みの上、その控えを貼付ください。 ・振り込みの際には、振込依頼人名に被保険者氏名を必ず入れてください。 ・振り込みにかかる手数料は差し引かないようご注意ください。(振込先は申請書下部参照) 【振込後に保険証が見つかった場合】申請は取り消しできません。必ずこの申請書と見つかった保険証を添付して提出してください。
<input type="checkbox"/> ② 盗難	
<input type="checkbox"/> ③ 汚損	<ul style="list-style-type: none"> ・上記記載の振り込みに加え、汚損した保険証を添付ください。(保険証は返却必須)
<input type="checkbox"/> ④ 焼失・流出	<ul style="list-style-type: none"> 住居が火災で焼失した、水害で流された等、自然災害による紛失の場合は、自治体発行による被災証明書の罹災証明書(写)を添付いただくと再交付手数料が免除となり、振込は不要です。

①②④にチェックがある場合は下欄にご記入ください。また、万が一の悪用を防ぐため、必ず警察に紛失や盗難の届出を行うとともに、「医療費のお知らせ」をご覧の上、身に覚えのない受診履歴がないかご確認ください。

紛失年月日	年 月 日頃	紛失場所	
紛失時の状況 (詳しく記入ください)			
誓約欄	ブリヂストン健康保険組合 理事長 殿 上記の通り紛失した、または盗難にあった被保険者証が、他人に不正に使用されたことにより医療費やその他について貴健康保険組合に損害を与えた場合は、私が責任をもって弁済することを誓約します。また、今後は再発しないように管理を徹底するとともに、被保険者証を発見した場合は、遅滞なく返却することを誓約します。 年 月 日 被保険者名： _____ 印		

再交付手数料の振込み控え貼付け欄 (「振込依頼書」の控えや「ご利用明細票」の場合：記入見本を参考に貼り付けてください。)

再交付手数料 1枚につき 1,000円

振込手数料は差し引かず、各自でご負担ください。 なお、いったん入金されたものはお返しいたしませんのでご注意ください。
 ネット銀行の場合も振込完了のわかるものの添付が必要です。【当健保宛・金額・日付・依頼主の被保険者氏名の振込の事実が分かるもの】
 (振込控がない場合は、受理できませんのでお戻しすることになります。用紙が大きい場合はホチキス留で添付ください。)

ゆうちょ銀行の窓口・ATM・口座から振り込む場合	他の銀行の窓口・ATM・口座から振り込む場合
現金で振込：店頭やATM脇にある「払込取扱票」を記入し振込 ゆうちょ口座から振込：下記口座を振込先に指定し振込(振替)	下記口座に振込(または振替)ください。 依頼人名は必ず 被保険者氏名(フルネーム) にしてください。
口座記号・口座番号： 00140-0-0358192 加入者名：ブリヂストン健康保険組合	銀行：ゆうちょ銀行 支店：〇一九(ゼロイチキユウ) 預金種目：当座 口座番号： 0358192

事業所 確認 (社会保険 担当部署)	係	長	健康保険 組合処理	保険証	適用	常務理事	着金日
				/			I/P