

健康保険 被保険者証 再交付/滅失 届

被保険者 (本人) 欄	被保険者証の 記号・番号	99 - 999999	社員番号	19999999
	被保険者 生年月日	昭和 53 年 2 月 1 日	事業所 (会社名) (所属)	アイフル(株) 烏丸五条支店
	被保険者氏名	(氏) 愛 振 (名) 太 郎	性別	男・女
	住 所 (証送り先)	〒 600-8420 Tel. 075(353) 0211 京都府京都市下京区高砂町381-1		

滅失・毀損した 保険証の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 健康保険証(カード)	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
	<input type="checkbox"/> 高齡受給者証	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証

※ 保険証の再交付は手数料が必要です。
詳細は下記注意事項を参照してください。

標準負担額減額認定証

※証を滅失したときは、その状況を詳しく記載してください。(紛失・盗難が原因の場合は誓約書に署名要)

いつ ところで

1週間前に引越しをして荷物を整理した際に間違っ捨ててしまった。(家の中で紛失)

盗難届・遺失届	届出日	届出先警察名	届出受理番号
---------	-----	--------	--------

誓 約 書 ※破損等で証を添付できる場合は不要です

上記のとおり滅失(紛失・盗難)しましたが、今後はこのようなことのないように証の保管、使用について十分注意するとともに滅失した証を発見したときは直ちに返納し、不正に使用されることの無いように注意します。尚、万一不正に使用されたことにより医療費その他の損害を貴組合が被った場合には私がその一切の責任を負うことを誓約いたします。

(被保険者氏名) **愛 振 太 郎** **愛** (印)

- 上記の理由により再交付について申請します。
- 上記の理由により滅失しましたので、その旨を届出いたします。(再交付は希望しません)

対象者欄 (該当番号 ア・イ に○印)	ア	被 保 険 者 (本 人) 分	再交付(紛失)の原因
		被 扶 養 者 (家 族) 分 ※再交付(紛失)の被扶養者について記入してください。	1. 滅失 2. 毀損 3. 汚損 4. 盗難 5. 災害 6. その他
	イ	被 扶 養 者 氏 名	再交付(紛失)の原因
		生 年 月 日	性 別

愛 振 華 子	昭 平 令 55 年 6 月 7 日	男・女	1. 滅失 2. 毀損 3. 汚損 4. 盗難 5. 災害 6. その他
	昭 平 令 年 月 日	男・女	1. 滅失 2. 毀損 3. 汚損 4. 盗難 5. 災害 6. その他
	昭 平 令 年 月 日	男・女	1. 滅失 2. 毀損 3. 汚損 4. 盗難 5. 災害 6. その他

※健康保険被保険者証(保険証カード)再交付時の注意事項※

◎再交付には、保険証1枚につき500円の再交付手数料をいただきますので、事前に下記の当健保口座にお振込の上、この届出書類を健保組合まで送付してください。

振込口座：(0009)三井住友銀行 (496)京都支店 普通 7925540 アイフルケンコウホケンクミアイ

◎振込人名義は、【被保険者氏名 社員番号(例:アイフル 太郎 99999999)】を入力してください。

◎振込み後は、理由に係わらず再交付手数料の返金はいたしませんので、提出前に今一度よくお探してください。

受付日付印

問合せ先:京都府京都市下京区烏丸通五条上る高砂町381-1 TEL:075-353-0211 アイフル健康保険組合

【アイフル健康保険組合処理欄】

理事長	常務理事	事務長	係