

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

<申請の流れ>

- 再交付手数料(1枚につき¥1,500)を健保組合の銀行口座へお振込みください。
(振込先 : みずほ銀行恵比寿支店 普通1347583 サッポロビール健康保険組合)
- 上記1.での振込証明(銀行の振込明細・PCの振込画面印刷など)を添付して、本申請書を事業会社の総務担当者へ提出してください。
- 健保組合にて申請書と入金を確認後、再交付手続きを行います。
(ご注意)振込手数料は申請者負担となります。また紛失した保険証が見つかった場合でも再交付手数料はお返し致しません。

被保険者証 再交付申請書 (兼 滅失届)

平成 年 月 日提出

| 記号 | 番号 | 被保険者氏名 | 性別 | 生年月日 |
|----|----|--------|-----|----------------|
| | | ㊦ | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 |

該当項目に○を付けてください

- 滅失・盗難のため (第三者による悪用を防ぐため警察に届出をしましょう)
- 毀損・破損のため (毀損・破損した保険証を添付して提出してください)

| 交付申請対象者 | 氏名 | 性別 | 生年月日 | 続柄 |
|---------|----|-----|----------------|----|
| | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| | | 男・女 | 昭和・平成 年 月 日 | |

| | | |
|----------|------------------------|-------|
| 滅失・毀損の事由 | 滅失・毀損した日 | 年 月 日 |
| | 滅失・毀損した場所 | |
| | 滅失・毀損の状況 (できるだけ詳しく) | |

| | |
|------|--|
| 返納誓約 | <p>* 滅失・盗難の方のみご記入下さい</p> <p>うえの届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときはただちに返納いたします。</p> <p>被保険者氏名 ㊦</p> |
|------|--|

| | | | |
|--------|-----------------------|----------|-----|
| 事業主証明欄 | 上記の申請内容に相違ないことを証明します。 | 平成 年 月 日 | 受付印 |
| | 事業主住所 | | |
| | 事業主名称 | | |
| | 代表者名 | 印 | |