健康保険被保険者証　滅失届　兼　再交付申請書

事業所名	ブリヂストン〇〇〇			所属部署	〇〇部〇〇課
保険証の記　号	0000	番 号	00000000	被保険者氏　名	健保　太郎
被保険者の住所	〒　000　－　0000 〇〇県〇〇市〇〇町1－1				
滅失した者 (複数記載可)	健保　花子			再交付を	☑希望する・□希望しない

滅失に至った理由 (該当するものにチェック)	再交付を希望される場合の注意
☑　①　紛失	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名を必ず入れてください。また、**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) ***【注意】手数料振り込み後に保険証が見つかった場合も、申請は取り消しできませんので、必ずこの申請書と見つかった保険証を提出してください。***
□　②　盗難	
□　③　汚損	上記の対応に加え、汚損した被保険者証も添付ください。
□　④　焼失・流出	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、自治体発行の罹災証明書(写)を添付ください。再交付手数料は不要です。

①②④の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、健康保険組合から年1回送付される「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	〇〇 年　〇〇月　〇〇 日 頃	紛失場所	自宅
紛失のときの状況 詳しく記入ください	引き出しに入れて保管していましたが、探しても見つかりませんでした。 誤って捨ててしまったものと思われます。		

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。 〇〇 年〇〇 月〇〇 日　　被保険者名 ： 健保　太郎　健保 印

再交付手数料　振込領収書貼付欄(「振込依頼書」の控えや「ご利用明細票」など)

000円

ものはお返しいたしませんのでご注意ください。

振込手数料は差し引かず、各自でご負

【インターネットを利用した振込(振替)の　年××　月××　日　(振込控の貼付は不要です)

ゆうちょ銀行の窓口・ATM・口座か　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　込(または振替)ください。その際、依頼人名は
ゆうちょ口座から振込:下記口座を振込先　者名にしてください。

口座記号・口座番号: 00140－0　名:ゆうちょ銀行　〇一九(ゼロイチキユウ)店
加入者名:ブリヂストン健康保険組　当座　口座番号:0358192

ご 利 用 明 細 票

〇〇〇〇〇〇〇〇〇

△△△△

□□□□□

××××××××××

―ゆ う ち ょ 銀 行―

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
					／				／