

健康保険 被保険者証再発行申請書 (被保険者 被扶養者)

常務理事	事務長	担当者

滅失の場合は、再発行手数料 1枚当たり1,000円が必要です。フローは下記①②③の通りです。
 ①エクセディ健康保険組合へ振込み後、申請書を提出 → ②エクセディ健康保険組合で入金を確認 → ③再発行

※滅失による再発行申請の場合は、「滅失届」も同時に提出してください。この申請書のみでは、再発行は、できません。

破損(破損した被保険者証添付の場合)による再発行申請の場合、「滅失届」は不要です。

				令和 年 月 日 提出	
被 保 険 者 情 報 記 入 欄	被保険者証の 記号	被保険者証の 番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	【健保記入欄】 滅失の場合 再発行手数料 令和 年 月 日 入金確認済み 担当者印
	再発行の原因 ※ <input type="checkbox"/> にチェック		再発行後に旧保険証が見つかった場合は、旧保険証をご返却ください。尚、その場合でも返金はできません。	再発行手数料の振込み先	振込みされる場合の注意事項 ※被保険者分・被扶養者分にかかわらず、被保険者名で振り込んでください。 ※振込み手数料は、ご本人負担となります。
				三菱UFJ銀行 寝屋川支店 普通預金 口座番号 0031704 エクセディ健康保険組合	
				振込み日 ※必ず記入してください 令和 年 月 日	
			<input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 破損	盗難・災害・破損(破損した被保険者証添付)の場合は、再発行手数料を徴収しません。	破損での申請で被保険者証を添付されない場合は滅失扱いになり、再発行手数料が必要です。
資格取得年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和		被保険者の住所		再発行を希望する理由 (滅失した場所や、破損となった理由などを詳しくご記入ください)	

※被扶養者の申請の場合は、下欄に対象者の情報を記入してください。

対 象 の 方	被扶養者の氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	続柄	被扶養者の氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	続柄

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再発行申請がありましたので提出いたします。

本人署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	令和 年 月 日
---------------------------------	----------

<この申請書に添付して提出する書類>

- 健康保険被保険者証を滅失したための再発行申請の場合は、「滅失届」および、発行されている場合は、「滅失事由を明らかにする証明書」(盗難、遺失、焼失、紛失証明書など)
- 破損となったための再発行申請の場合は、「破損となった健康保険被保険者証」

<注意事項>

申請時に事業所窓口にて申請者の本人確認をおこないます。

受付日付印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--