

※該当内容に○印をして下さい

申請区分 本人 家族 両方

被保険者証再交付申請書

部署名・所属名

カンパニー
部・課・店

次のとおり { 滅失… 紛失いたしました
盗難・罹災で失くしました
毀損… 破損いたしました } ので再交付を申請いたします

○紛失した場合は誓約書を添付して下さい。
○破損した場合は保険証を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		生年月日	性別	再交付手数料
8	123456	健保	太郎	昭平 5 2 0 8 0 5	男 女	1枚につき1000円 (振込み手数料は自己負担です)
被保険者の住所		(〒 103 - 0012) 東京都中央区日本橋1-2-3			注意:後日紛失した保険証が見つかった場合はすみやかに保険証を健保組合へ返却してください。なお、手数料の返金はいたしません。	
申請する家族	被扶養者の氏名	生年月日	続柄	再交付手数料	(再交付手数料の払い込みを証する書類を貼付する欄)	
		昭・平・令 年 月 日		※保険証再交付1枚につき1000円(2枚なら2000円)の手数料がかかります		
申請理由と状況	※○印してください ・紛失 [<input checked="" type="checkbox"/>] ・破損 [<input type="checkbox"/>] ・罹災 [<input type="checkbox"/>] ・盗難 [<input type="checkbox"/>]	いつ 令和 1 年 6 月 11 日 どこで(場所) 病院からの帰りに定期入れとともに紛失した				
※盗難の場合被害届を提出した警察署	名称	署	派出所			
	届出日・電話	月 日 時頃	電話 ()			
	受理番号	号				

銀行振り込み控え
振り込み金額 1000 円

イオン健康保険組合 殿

上記のとおり被保険者から健康保険証の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は健康保険証を滅失または毀損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	印
電話	(局) 番

健保領収印

組合処理欄	常務理事	事務長	課長	担当

受付印

※該当内容に○印をして下さい

申請区分	本人・ 家族 ・両方
------	-------------------

被保険者証再交付申請書

部署名・所属名
カンパニー 部・課・店

次のとおり { 滅失… 紛失いたしました
盗難・罹災で失くしました
毀損… 破損いたしました } ので再交付を申請いたします

○紛失した場合は誓約書を添付して下さい。
○破損した場合は保険証を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		生年月日	性別	再交付手数料
8	123456	健保	太郎	昭平 5 2 0 8 0 5	男 女	1枚につき1000円 (振込み手数料は自己負担です)
被保険者の住所		(〒 103 - 0012) 東京都中央区日本橋1-2-3			注意:後日紛失した保険証が見つかった場合はすみやかに保険証を健保組合へ返却してください。なお、手数料の返金はいたしません。	
申請する家族	被扶養者の氏名	生年月日	続柄	再交付手数料	(再交付手数料の払い込みを証する書類を貼付する欄)	
	健保 花子	昭平・令60年 5月 8日	妻	※保険証再交付1枚につき1000円(2枚なら2000円)の手数料がかかります		
申請理由と状況	※○印してください ・紛失 [<input checked="" type="checkbox"/>] ・破損 [] ・罹災 [] ・盗難 []	いつ 令和 1年 6月 11日 どこで(場所) 病院からの帰りに定期入れとともに紛失した		再交付手数料の払い込みを証する書類を貼付する欄 【銀行振り込み控え】 振り込み金額 1000円 ※なお、罹災証明書につきましては後日提出を可とします。		
※盗難の場合被害届を提出した警察署	名称	署	派出所			
	届出日・電話	月 日 時頃	電話 ()			
	受理番号	号				

イオン健康保険組合 殿

上記のとおり被保険者から健康保険証の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は健康保険証を滅失または毀損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	印
電話	(局) 番

健保領収印

組合処理欄	常務理事	事務長	課長	担当

受付印

(再交付用)

誓約書

住 所 東京都中央区日本橋 1-2-3

被保険者氏名 健保 太郎

印

保険証記号・番号 8-123456

無くした証の氏名 健保 太郎

さきに貴組合より交付を受けております上記の健康保険被保険者証は、私の不注意により紛失しましたので、お手数ですが、再発行下さるようお願い致します。

なお、今後旧証を発見した時は、ただちに貴組合宛お送りするとともに、万一このために生じた損害額については、全額責任をもって貴組合へ返還する事を誓約致します。

令和 1 年 6 月 1 日

イオン健康保険組合理事長 殿

〔記入要領〕

1. 申請区分に○印をする→ 被保険者のカード保険証の再交付は「本人」を被扶養者のカード保険証の再交付は「家族」を、本人家族同時の申請は「両方」に○印してください。
 2. 被保険者証の記号・番号を記入し、被保険者の氏名、生年月日、性別、住所を記入してください。
 3. 家族分の再交付申請の場合は被扶養者の氏名、生年月日、続柄を右側に記入してください。
 4. 申請理由と状況→ 申請理由の〔 〕内に○印し、事由の発生日、場所と状況について記入してください。
 5. 紛失の場合→ 誓約書の提出が必要です。
 6. 盗難、罹災の場合→ 証明書の添付が必要です。証明書を添付することで手数料が免除となる場合があります。盗難の場合は被害届を警察署に出し、申請書に受理番号を記入のうえ受理番号控えの写しを添付してください。また、罹災証明の発行が遅れる場合は後日の提出を可とします。
 7. 再交付手数料の振込みと振込み証明の貼付
再交付するカード保険証1枚につき1000円の手数料が必要です。
1枚なら1000円（2枚なら2000円）、申請書右下の指定口座「イオン銀行本店(普通)0002035 イオン健康保険組合」(イオン健康保険組合)へ振込み手続きをして振込み証明を貼付してください。(振込み手数料は自己負担となります)
※なお、振込みした方の氏名がハッキリ確認できるように手続きをしてください。
 8. 提出先→ 上記1. から7. の記入または手続きが終わったら、再交付申請書を所属する各本社人事部またはイオンアイビス BS 業務部へ提出してください。
- ※破損の場合は、破損したカード保険証を必ず添付してください。

以上