

収入決議書	款	項	目	大節	中節	小節
	8	7	4			
決定の額		万	千	百	拾	円

常務理事	事務長	扱者

健康保険被保険者証 再交付 申請書

令和 年 月 日提出

健康保険証 記号一番号 <small>不明の場合は社員番号</small>	記号 番号	フリガナ 被保険者 氏 名			
所 属 (在籍者のみ)	会 社		部室店		
	課・グループ		連絡先電話番号		
(自宅) 住 所 電話番号	〒 電話番号				
再 交 付 申 請 枚 数	枚	再 交 付 費 用 (@1,000円×再交付枚数)		円	
再交付費用 振込口座	三菱UFJ銀行 八重洲通支店 普通預金 1693249 大和証券グループ健康保険組合		*費用の納付は振込以外受け付けません。 *振込手数料はご自身でご負担ください。 *振込に際して依頼人名には、本人名に加え(サイコウフ)と追記願います。 *後日、紛失した保険証を発見しても費用の返戻はできません。 *発見した保険証は必ず健康保険組合へ返却して下さい。		
	大和ネクスト銀行 ビシャモン支店 普通預金 2100823 大和証券グループ健康保険組合一般口				

再交付 対象者 <small>*被保険者本人の紛失時は本人名も記載が必要です。</small>	氏 名	性別	生 年 月 日	続柄
		男女	年 月 日	
		男女	年 月 日	
		男女	年 月 日	
申請理由 (詳細記入)				

キャッシュ・クレジットカードのように使用の一時停止・無効の処置はできません。
原因が明らかで第三者にわたる可能性がない場合を除き、速やかに警察へ届出を行ってください。

◆任継・特退の方は、住民票を添付して下さい。

◆在籍者の方は、事業所の証明をもらってください。

(事業主の証明)

今後滅失することのないよう 周知徹底をはかります。

事業所 名称
所在地
事業名