

同年月日  
令和 年 月 日



収入決議書	款	項	目	大節	中節	小節
	8	7	4	2		
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>		フリガナ 被保険者 氏 名	印
自宅住所	〒 -	自宅 TEL	- -
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 納入方法 <small>(該当に○をつけて ください)</small>	A. 銀行振り込み 振込日 年 月 日 B. 郵送(現金書留)にて当申請用紙に同封 C. その他	振込 口座	三菱UFJ銀行 八重洲通支店 普通預金 1693249 口座名 大和証券グループ健康保険組合

※ 振り込み手数料はご負担ください。

※ 申請後、紛失した保険証が見つかったも費用の返戻はできません。(保険証は必ずご返却ください)

再交付 対象者	氏 名	性別	生 年 月 日	続柄	
		男女	昭和 平成 令和	年 月 日	
		男女	昭和 平成 令和	年 月 日	
		男女	昭和 平成 令和	年 月 日	
		男女	昭和 平成 令和	年 月 日	
申請理由 (詳細記入)					

盗難届 紛失届 提出先	警察署名	警察署電話番号	受理番号
		- -	

※ キャッシュ・クレジットカードのように使用の停止・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、本届出の前に速やかに警察への届出を行ってください

※ 紛失者の住民票を添付してください。