

在職中の方は「在職者用」申請書を使用してください

健康保険組合		
GL	担当者	担当者

任継・特退用『健康保険被保険者証』 滅失・毀損 再交付申請書

【記入する前に必ずお読みください】

- 再交付は有料です。手数料として被保険者証1枚につき900円を納付(振込)してください。
- 再交付処理後の再交付手数料は、理由を問わず返金できません。
- 再交付申請書を送付した後に旧保険証が見つかった場合は、速やかに旧保険証をご返却ください。
(その場合も再交付手数料の返金はいたしません)
- 記入欄の「記号」「番号」が分からない場合は空欄で結構ですが、再交付が必要な方の「生年月日」を必ずご記入ください。(同一世帯の被保険者・被扶養者は同じ「記号」「番号」です)

【再交付の手順】※在職中の方は「在職者用」申請書をご使用ください。発行手数料は勤務先で徴収します。

- ① 下記表「振込先」へ再交付手数料を振り込んでください。振込手数料はご負担願います
- ② 下記太枠内に必要事項を記入し、①の振込控え(コピー可)(インターネットでの振込時は完了画面を印刷)を添付のうえ、健保組合へ郵送してください。
※再交付の申請理由が「毀損(破損した・印字が消えたなど)」の場合は毀損した保険証を添付

振込先	申請書郵送先
横浜銀行 大雄山支店 (普) 0000764 名義: 富士フィルムグループ健康保険組合	〒250-0001 神奈川県小田原市扇町 2-12-1 富士フィルムグループ健康保険組合 任継・特退担当宛

下記のとおり『健康保険被保険者証』を滅失・毀損したため再交付を申請します。

被保険者証		申請日	令和 年 月 日
記号	番号		
		被保険者氏名	

再交付が必要な方

氏名	続柄	生年月日	申請理由
	1. 本人 2. 被扶養者(続柄:)	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 滅失 2. 毀損
	1. 本人 2. 被扶養者(続柄:)	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 滅失 2. 毀損
	1. 本人 2. 被扶養者(続柄:)	昭和・平成・令和 年 月 日	1. 滅失 2. 毀損

滅失・毀損の理由 (詳細に記入のこと)	
------------------------	--

記入上の注意事項	1. 楷書でわかりやすく記入してください 2. 年号・申請理由は、該当に○を付けてください 3. ペン又はボールペンで記入してください(鉛筆書きは不可です)
----------	--