

| | | | | |
|--------|----------------------------------|-----|---|---|
| 事業主記入欄 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | 下記の通り被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 | | | |
| | 事業所所在地 | 〒 - | | |
| | 事業所名称 | | | |
| | 事業主氏名 | Ⓜ | | |
| 電話番号 | () | | | |

| |
|---------------|
| 確認者 (担当者印) |
|---------------|

被保険者本人の届出意思を確認しました。

上記に Ⓜ がある場合は、被保険者本人の押印を省略することができます。

No.1

| | | | | | | | | | | | |
|----------|---|--------------------------|------------|-----|-----|--------------------------|--------------------------|-----------|---|---|--|
| 被保険者・届出者 | HOYA健康保険組合理事長あて 滅失した資格確認書が見つかった場合は返納します。 | | | | | | | | | | |
| | 被保険者等記号 | 氏名 | (フリガナ) | (氏) | (名) | 生年月日 | 昭和 | 年 | 月 | 日 | |
| | 被保険者等番号 | 被保険者住所 | 〒 - (フリガナ) | | | | | | | | |
| | 手数料送金方法 | <input type="checkbox"/> | 振込日 | 月 | 日 | 振込 (確認書類をNO.2に添付します。) | <input type="checkbox"/> | 現金を添付します。 | | | |

-- 被保険者本人の再交付が必要な場合 --

資格喪失等により不要な場合は√⇒

| | | | | | | | | | | |
|--------|------|--|--|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 被保険者本人 | 生年月日 | | | | <input type="checkbox"/> | 減失 | <input type="checkbox"/> | き損 | <input type="checkbox"/> | その他 |
|--------|------|--|--|--|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-----|

-- 被扶養者の再交付が必要な場合 --

資格喪失等により 不要な場合は√⇒

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----|-----|----|------|----------------|---|---|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| (氏) | (名) | 続柄 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> | 減失 | <input type="checkbox"/> | き損 | <input type="checkbox"/> | その他 |
| (氏) | (名) | 続柄 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> | 減失 | <input type="checkbox"/> | き損 | <input type="checkbox"/> | その他 |
| (氏) | (名) | 続柄 | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> | 減失 | <input type="checkbox"/> | き損 | <input type="checkbox"/> | その他 |

| | |
|------------|------------------------------|
| 再交付を申請する理由 | (いつ、どこで、どのような理由で再交付を申請するのか?) |
|------------|------------------------------|

-- 滅失理由が盗難の場合は盗難届の内容を記載してください。 --

| | | | | | | | | | | | |
|---------|---------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 盗難届受理内容 | 警察署名 | | | | | | | | | | |
| | 警察署電話番号 | () | | | | | | | | | |
| | 受理番号 | | | | | | | | | | |

(注意事項)

- き損した場合は、き損した資格確認書を添付してください。
- 資格喪失等により再交付不要のとき、手数料はかかりません。
- 滅失・き損による再交付のときは、1枚につき手数料が5,000円がかかります。

振込み後に、資格確認書が見つかった場合も返金はいたしません。

※原則、振込みになります。下記口座に振込んだことがわかる証明書 (No2) を添付して申請してください。

【口座】 三菱UFJ銀行 東京営業部 普通口座 6907770 HOYA健康保険組合

(ただし、火災等による再交付のときは、健康保険組合にご相談ください。)

健保受付印

-- 健康保険組合使用欄 --

| | | | | | | | | | | | | |
|----|------|-----|-------|-------|--------|---|---|---|----------|----|---|----|
| 健保 | 常務理事 | 事務長 | 経理担当者 | 適用担当者 | 再交付手数料 | | | | | | | |
| | | | | | 令和 | 年 | 月 | 日 | 振込 現金 | 徴収 | 否 | 備考 |

送金確認できるものを
貼付してください。

被保険者再交付申請書（No1）に添付の上、事業主に提出してください。

振込手数料は、ご本人負担となります。

申請書提出後、取消しによる返金は出来ませんのでご了承ください。

申請書記入の際、記入見本をご確認ください。
両面コピー厳禁です。