

【被保険者証 再交付申請の際の注意事項】

- 再交付申請は当申請書に「健康保険減失届」を添付し、申請して下さい。
- 健康保険証の紛失又はき損による再交付は有料となります。但し、盗難（警察署に被害届を提出して「健康保険証減失届」に届書のコピー添付又は必要事項を記入している場合に限る。）または被災（り災証明書等の添付）による再交付の場合は、再交付料は免除されます。
- 被保険者証の再交付料は、再交付する被保険者証 **1枚につき2,000円**です。

《再交付料 納付先》

みずほ銀行・東京営業部（普）4009595

口座名：日本旅行健康保険組合 [Tel:03-6895-8391](tel:03-6895-8391)

- 有料の再交付の場合は、健保組合にて「再交付申請書」「健康保険減失届」の提出及び交付料の納付が確認され次第、交付されます。なお、一度納付された再交付にかかる交付料は理由を問わず返金いたしません。
- 送付先は原則自宅とし、簡易書留で郵送します。

健康保険

- ・ 被保険者証
 - ・ 限度額適用認定証
 - ・ 高齢受給者証
 - ・ その他
- ()

再交付申請書

日本旅行健康保険組合 御中

※太枠内のみ記入し、事業所（総務・人事）経由で提出してください。

令和 年 月 日提出

①保険証の 記号・番号	記号	番号	フリガナ			
				②氏名		
④被保険者資格 取得日	昭和・平成 年 月 日		⑤生年月日	昭和・平成 年 月 日		⑥性別 男・女
⑦被保険者 住 所	〒			⑧事業所名		
	電話（自宅）： (携帯)：					
⑨再交付の対象にチェック（ <input checked="" type="checkbox"/> ）を記入してください。				⑩（勤務）箇所名		
<input type="checkbox"/> 再交付は本人のみ（下記⑩への記入は不要） 枚 <input type="checkbox"/> 再交付は本人及び下記、家族（被扶養者） 計 枚 <input type="checkbox"/> 再交付は下記、家族（被扶養者）のみ 計 枚				電話：		
被保険者証希望送付先（未記入の場合は自宅に郵送）		<input type="checkbox"/> 自宅（上記⑦） <input type="checkbox"/> 勤務先（上記⑩） <input type="checkbox"/> その他（別途ご相談ください）				
⑩再交付対象者氏名		⑪住所		⑫続柄		[発行通番]
(フリガナ)		〒				
⋮		電話（自宅）： (携帯)：				
(フリガナ)		〒				
⋮		電話（自宅）： (携帯)：				
(フリガナ)		〒				
⋮		電話（自宅）： (携帯)：				
事業所所在地 〒				【再交付料 確認】		【受付日付印】
事業所名称				年 月 日		
事業主 氏名				(¥2,000 X 枚)		
電話				合計¥		
印				【添付書類 確認】		
				OK ・ 不備		

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	業務係長	係員

入力例

【被保険者証 再交付申請の際の注意事項】

- 再交付申請は当申請書に「健康保険被保険者証滅失届」(必要書類等)を添付し、申請して下さい。
- 健康保険証を紛失・き損による再交付は有料となります。但し、盗難(警察署に被害届を提出して「健康保険証滅失届」に届書のコピー添付又は必要事項をしている場合に限る。)または被災(り災証明書等の添付)による再交付の場合は、再交付料は免除されます。
- 被保険者証の再交付料は、再交付する被保険者証 **1枚**に
《再交付料 納付先》
みずほ銀行・本店 (普) 4009595
口座名: 日本旅行健康保険組合 Tel:03-3502-XXXX
- 再交付は、健保組合にて交付料の納付が確認され次第、再交付されます。再交付後(納付後)は理由を問わず返金はいたしません。

再交付を申請する該当の保険証に
チェック(☑)を記入してください。

健康保険

- 被保険者証
- 限度額適用認定証
- 高齢受給者証
- その他

再交付申請書

日本旅行健康保険組合 御中

※本枠内のみ記入し、事業所(総務・人事)経由で提出してください。

平成 99年 99月 99日提出

①保険証の 記号・番号	記号 999	番号 999999999	フリガナ ニチリョ	タロウ	タロウ	
④被保険者資格	昭和・平成 99年 99月 99日	⑤生年月日	昭和・平成 99年 99月 99日	⑥性別	男	女
⑧事業所名 (株) 日本旅行			⑨再交付を申請する枚数を記入してください。			
再交付の対象該当にチェック(☑)を入れ、ご記入ください。			⑩被保険者と同じ(同居)ならば「同上」と記入してください。			
<input type="checkbox"/> 再交付は本人のみ (下記リストの記入は不要) 計 ___ 枚 <input type="checkbox"/> 再交付は本人及び下記、家族(被扶養者) 計 ___ 枚 <input checked="" type="checkbox"/> 再交付は下記、家族(被扶養者)のみ 計 <u>1</u> 枚			⑩再交付対象者氏名 (フリガナ) ニチリョ ジロウ 日旅 次郎 ⑪住所 〒 同上 電話(自宅): (携帯): ⑫続柄 二男 [発行通番]			
事業所所在地 〒			当再交付申請書と「健康保険証滅失届」(必要書類添付)を添付し、事業所(総務・人事)経由で提出してください。			
事業所名称			※任継の方は、直接、健保組合へ提出してください。			
事業主 氏名			【添付書類 確認】 OK ・ 不備			

⑨再交付を申請する該当の内容に
チェック(☑)を記入してください。

⑨再交付を申請する枚数を記入
してください。

⑩被保険者と同じ(同居)ならば
「同上」と記入してください。

当再交付申請書と「健康保険証滅失届」(必要書類添付)を
添付し、事業所(総務・人事)経由で提出してください。

※任継の方は、直接、健保組合へ提出してください。

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	業務係長	係員