

(注) この届は必ず事業主経由で申請して下さい。健保に直接申請することはできません。(任継を除く)

| | | | |
|------|-----|----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 検算 | 係 |
| | | | |

記入見本

※保険証を紛失したとき

健康保険 被保険者証 滅失 再交付申請書

【ご記入される前に必ずお読みください】

★健康保険証を「滅失」(紛失)により再交付する場合は、再交付手数料が必要になります。

★1枚につき1,000円の再交付手数料が必要になります。

但し、盗難の場合は、盗難届提出先の「警察署名」及び「受理番号」を⑧の理由欄に明記していただくことにより、再交付手数料は免除されます。

★手数料を振込みされた「年/月/日」を申請書の⑩に必ずご記入ください。

★手数料振込み後は、理由を問わず返金できません。

★再交付申請後に旧保険証が見つかった場合は、速やかに旧保険証の方をご返却下さい。

※その場合でも再交付手数料は返金いたしません。

★納付方法：必ず被保険者名義で、健保の口座へ振込みをお願いします。(振込み手数料は振

該当するところを
○で囲んでください。

≪振込先銀行及び口座番号≫：みずほ銀行 渋谷支店(普通) 8054219 アクサ生命健康保険組

| | | | | | | |
|---------------------------|---|--------------------------------|-----|--------------------------------|----------------|--------|
| ① 被保険者の氏名 | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ | ② 性別 | 男・女 | ③ 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 月 日生 |
| ④ 被保険者の現住所 | 〒 被保険者(ご本人様)がお住まいの住所をご記入ください。 | | | | | |
| ⑤ 被保険者の記号 | 番号 | ※番号不明の場合は未記 | | | | |
| ⑥ 現在勤務している事業所の所属 | 被保険者が現在勤務している支社・部署・課・営業所名等をご記入ください。 (内線・外線) ○○○○ | | | | | |
| ⑦ 再交付を申請する 該当者(被保険者含む) | 氏名 | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ (続柄) 本人 | 氏名 | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ (続柄) 長女 | | |
| | 氏名 | (続柄) | 氏名 | (続柄) | | |
| ⑧ 滅失(紛失)時の理由等 | 病院で受診後、帰る途中で紛失した。 ○○月○○日 ○○警察署に届出済 受理番号 ○○○○ | | | | | |
| ⑩ 手数料振込日 | 令和 ○○年 ○○月 ○○日 | | | | | |
| ⑪ 申請書の送信先(送付先) | <アクサ生命>メール申請可 ☆内勤・技能職・契約社員： sato-axa@sato-group.com ☆営業社員・FA職員： sato-axa-g@sato-group.com ☆役員： sato-axa-e@sato-group.com ※SATO 社会保険労務士法人(社会保険委託先)のメール <アクサダイレクト生命> 人事総務部へ郵送 | | | | | |

「続柄」は必ず
ご記入ください。

いつ、どこで、どのような状況で紛失されたかを詳しくご記入ください。
但し、「盗難」により警察に届け出た場合は、必ず届け出た日付と「警察署名」及び届出「受理番号」をご記入ください。

振込日は必ずご記入ください。入金日の確認ができない為、保険証の発行が遅れる場合があります。

メール申請をする方は、ご自身の該当するアドレス宛に送信申請をしてください。書面のみでの申請も今まで通りの申請で、お受けできます。

受付日付印

| | |
|---------|---------------------------------|
| 事業所 名称 | 令和 年 月 日 |
| 代表者 所在地 | ここは事業主が記入しますので ご本人様の記入は不要です。 |
| 氏名 | |