

提出経路：《申請者》→《人事オペレーション部》

・ご記入いただいた個人情報は、表題の利用目的の範囲以外では使用いたしません。

| | | | | | | | | |
|---------|------|--|-----|---|---|---|---|---|
| 決定 伺 | 常務理事 | | 事務長 | 担 | 当 | 者 | 備 | 考 |
| | | | | | | | | |

ご注意ください！

健康保険証の再交付には、下記のとおりご申請ください。

1) 下記申請書に必要事項を記載し、ご提出ください。

2) 保険証発行手数料「1枚につき 500円」を下記銀行口座へお振込みください。

ご入金先・・・りそな銀行 芝支店(普通)0511770 レゾナック健康保険組合

※振込にかかる銀行への手数料は、ご本人様負担となります。

3) ご入金の確認後、保険証の発行となります。

☆お振込み後の発行手数料はいかなる理由がありましても返金できませんので、ご注意ください！

健康保険被保険者証再交付申請書 (滅失・き損)

| | | | | | |
|---------------------------|-------------|----------|--|----|---|
| 申請者 (被 保 険 者) | 被保険者証記号番号 | 記号 | | 番号 | |
| | 被 保 険 者 氏 名 | | | | |
| | 所 属 | | | | |
| | 生 年 月 日 | 昭和 平成 | | 年 | 月 |

| | | | | |
|---------------------|---------------------|-------|-----|-----|
| 再交付を希望する証 | 被保険者(本人) ・ 被扶養者(家族) | | | |
| 区 分 | 滅 失 ・ き 損 | | | |
| 被扶養者氏名 | 生 年 月 日 | | 続 柄 | 備 考 |
| | 昭・平・令 | 年 月 日 | | |
| | 昭・平・令 | 年 月 日 | | |
| | 昭・平・令 | 年 月 日 | | |
| | 昭・平・令 | 年 月 日 | | |
| 再交付申請の理由 (状況の詳細) | | | | |

令和 年 月 日提出

| | |
|---|--------------------------|
| 事 業 主 の 証 明 令和 年 月 日 住所 事業所 名称 氏名 | 受付日付印 レゾナック健康保険組合 |
|---|--------------------------|

任意継続被保険者は本人確認として、「運転免許証の写し」「パスポートの写し」「住民票」のいずれかをご添付ください。