**健康保険証　　再交付申請書　兼　紛失届**

Eメール・FAXでの受付不可

記入日：　    年    月    日

届出の種類　　再交付申請書（再交付あり）・　紛失届（再交付なし）

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付手数料について | ・1枚につき2,000円の手数料を指定口座までお振込みください。  ・災害・盗難での再交付は手数料不要です。  **‼ 注意 ‼ お振込頂いた手数料をお返しすることはできません。**  ●手数料入金後に保険証が見つかった場合は新しい保険証と差替えとなります。今一度お確かめのうえ、お振込ください。  ●手数料入金前に保険証が見つかった場合は申請取り下げのためご連絡をお願いいたします。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者情報  （従業員ご本人） | | 保険証  記号 |  | 番　号 | |  | | | 入社日 | | 昭 平 令     年    月    日 | |
| 氏 名 | ﾌﾘｶﾞﾅ　(                        ） | | | | | | 退職日  （紛失届のみ） | | 昭 平 令     年    月    日 | |
| 事業所名称 |  | | | | | メール  コード | |  | | 所属 | |  |
| 勤務先 | | ℡　     　－　     　－ | | | | |
| 住 所 | 〒               　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡      （　     　） | | | | | | | | | | | |
| 対　象　者 | 氏 名（被保険者本人の場合も記入して下さい） | | | | | | 続 柄 | 生年月日 | | | | |
|  | | | | | |  | 昭 平 令     年     月     日 | | | | |
|  | | | | | |  | 昭 平 令     年     月     日 | | | | |
|  | | | | | |  | 昭 平 令     年     月     日 | | | | |
| 【再交付・紛失の理由】 | | | | | 再交付手数料 | | | | | | | | |
| 紛　失　　※警察へ届出を行ってください | | | | | **１枚につき2,000円**  振込予定日：    月    日  ★再交付申請書は振込完了後5日以内にお送りください。 | | | | | | | | |
| 破　損・文字消え・汚　損  **※お手元にある保険証を添付してください** | | | | |
| 災　害　　**※「罹災証明」を添付してください** | | | | | 不要 | | | | | | | | |
| 盗 　難  盗難届受理番号：  届出年月日：      年      月      日  届出先：               警察署  （℡    　 ―        ―        ） | | | | | 不要 | | | | | | | | |
| 警察へ確認しますので、**必ず届出先の電話番号をご記入下さい。**  確認が取れない場合、または遺失物届の場合は手数料が必要です。  ※海外で盗難届を出された場合は、**盗難届の控え（写）に日本語訳を添付**してご提出ください。 | | | | | | | | |

**再交付手数料振込先 ： みずほ銀行 　本店 　【普通】　１４３６９５３**

**口座名義 「日産自動車健康保険組合 （ニッサンジドウシャケンコウホケンクミアイ）」**

【お願い】記入内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印を押印願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 交付印 | 入金確認 | 受付印 |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出先 | 再交付申請書 | 社内便：Ｙ）健保　再交付担当 |
| 郵便：〒220-0011　横浜市西区高島２－６－３２　２０Ｆ  日産自動車健康保険組合　再交付担当 |
| 紛失届 | お勤め先健保担当窓口へご提出ください。 |

※詳しくは日産自動車健康保険組合ホームページをご覧ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 担当 | 担当 |
|  |  |  |  |