

*新しい保険証は、通常の場合、申請書が当健保に到着後、1週間～10日ほどでお手元に届きます。

旭化成健康保険組合			

健康保険証滅失届・氏名漢字変更・再交付申請書

提出ルート：申請者（被保険者）→ 旭化成健康保険組合 保険証再交付担当

捺印もれ注意！
（日付印、シチャハタ印は無効）

申請者記入部分	提出日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 太枠内にもれなく記入してください		
	被保険者証 (06450019は違います)		被保険者（従業員本人・任意継続本人）氏名	朱肉印	
	記号	番号			
	<input type="checkbox"/> 20			印	
	<input type="checkbox"/> 21				
	所属（事業会社・部工場・課・係等メールの届く所属名） *任意継続の方は住所を記入して下さい			職場電話番号 *任意継続の方は自宅	
	事由区分	氏名		保険証の再交付	
		1	フリガナ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
		2	フリガナ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
		3	フリガナ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
4		フリガナ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	
氏名漢字変更	5	フリガナ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない	
	*滅失の場合		氏名漢字変更の旧・新の場合		
滅失理由		氏名漢字変更の旧・新の場合		記入例(旧:崎 ⇒ 新:崎)	
詳細記入欄（紛失・破損の場所や状況等を記入して下さい） <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 いつ：令和 年 月 日頃 どこで：		氏名漢字変更の旧・新の場合		記入例(旧:崎 ⇒ 新:崎)	
※領収書が必要な方は <input checked="" type="checkbox"/> して下さい				<input type="checkbox"/> 希望する	

- 注) 1. 破損した保険証は必ず添付して下さい。
2. 紛失・盗難の際は、必ず警察に「遺失届出書」を提出して下さい。
3. 紛失・破損の場合、500円/枚の再交付料が必要です。（徴収方法は新保険証送付時にご案内します）
4. 氏名漢字変更については印字できない漢字もありますので、ご了承願います。なお再交付料は不要です。
5. 転居による裏面の住所変更は、各人で修正を行って下さい。
※複数回の転居で住所欄が修正不能の場合、保険証を添付し「その他」にて申請をして下さい。
再交付料は不要です。
6. 失った保険証を発見した時は、直ちに返納して下さい。
7. 保険証は事業主経由で送付します。必ずメールの届く所属名を記入して下さい。
(任意継続の場合は、自宅に送付致します)
8. 保険証番号が不明な場合は、社員番号を記入して下さい。

健保受付

*新しい保険証は、通常の場合、申請書が当健保に到着後、1週間～10日ほどでお手元に届きます。

記入例

旭化成健康保険組合			

健康保険証滅失届・氏名漢字変更・再交付申請書

提出ルート：申請者（被保険者）→ 旭化成健康保険組合 保険証再交付担当

捺印もれ注意！
(日付印、シチャハタ印は無効)

提出日	令和 1 年 4 月 1 日			<input type="checkbox"/> 本枠内にもれなく記入してください	
被保険者証 (06450019は違います)		被保険者（従業員本人・任意継続本人）氏名		朱肉印	
記号	番号	健保 太郎			
<input checked="" type="checkbox"/> 20	1234567				
<input type="checkbox"/> 21					
所属（事業会社・部工場・課・係等メールの届く所属名） *任意継続の方は住所を記入して下さい			職場電話番号 *任意継続の方は自宅		
旭化成 物流部 物流グループ			862-1234		
申請者記入部分	事由区分 滅失	氏名		保険証の再交付	
		1	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
		2	フリガナ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
	氏名漢字変更	3	フリガナ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
		4	フリガナ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
		5	フリガナ	<input type="checkbox"/> 希望する	<input type="checkbox"/> 希望しない
滅失理由	詳細記入欄（紛失・破損の場所や状況等を記入して下さい） <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 いつ：令和 1年 3月 30日頃 どこで：帰宅時の電車の中で財布を紛失。財布に保険証を入れていた。		氏名漢字変更の旧・新の場合	記入例(旧:崎 ⇒ 新:崎)	
※領収書が必要な方は <input checked="" type="checkbox"/> して下さい				<input type="checkbox"/> 希望する	

保険証番号が不明の場合は、社員番号をご記入ください。
(保険証番号は、被保険者と被扶養者は同じです)

保険証を再発行する際は、「希望する」にチェックしてください。

健康保険の資格喪失時に保険証を紛失等で返却できない場合には「希望しない」にチェックしてください。

- 注) 1. 破損した保険証は必ず添付して下さい。
2. 紛失・盗難の際は、必ず警察に「遺失届出書」を提出して下さい。
3. 紛失・破損の場合、500円/枚の再交付料が必要です。（徴収方法は新保険証送付時にご案内します）
4. 氏名漢字変更については印字できない漢字もありますので、ご了承願います。なお再交付料は不要です。
5. 転居による裏面の住所変更は、各人で修正を行って下さい。
※複数回の転居で住所欄が修正不能の場合、保険証を添付し「その他」にて申請をして下さい。
再交付料は不要です。
6. 失った保険証を発見した時は、直ちに返納して下さい。
7. 保険証は事業主経由で送付します。必ずメールの届く所属名を記入して下さい。
(任意継続の場合は、自宅に送付致します)
8. 保険証番号が不明な場合は、社員番号を記入して下さい。

健保受付