

本件で取得された個人情報については、貴健保組合の個人情報保護方針に基づき利用されることに同意の上、申請いたします。

## 健康保険被保険者証 再交付申請書(一般)

事業所名称			所属	(工場・支社) (部署名)
健康保険被保険者証の	記号	番号	被保険者氏名	
被保険者の住所・電話番号	〒		—	(TEL)
再交付申請する方の	氏名			性別
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日	続柄
再交付申請理由(詳しく)	<input type="checkbox"/> 1.紛失 <input type="checkbox"/> 2.盗難		<input type="checkbox"/> 3.破損 ※現物を添付 <input type="checkbox"/> 4.文字消え ※現物を添付 <input type="checkbox"/> 5.その他 (理由)	
警察への届出	受理番号	破損等現物が添付出来る場合は、警察への届出不要		
ジェイテクト健康保険組合 理事長殿				
上記のとおり再交付を申請します。なお、再度このようなことのないようによく注意します。 また、失った被保険者証を発見したときは、ただちにそれを返却します。				
令和 年 月 日				
被保険者氏名 印				

### ◇提出ルート

(株)ジェイテクト(本・支社、営業所、出向者) : 申請者⇒事業所健保担当⇒人事部従業員支援室(本社 旧本館 ジェイテクトサービス(株)内)⇒健保  
(株)ジェイテクト(各工場、大阪事業所、東日本支社) : 申請者⇒各工場総務担当者⇒人事部従業員支援室(本社 旧本館 ジェイテクトサービス(株)内)⇒健保  
上記以外の事業所 : 申請者⇒事業所健保担当⇒健保

※健保確認	常務理事	事務長		係員

事業主の証明	
左の者がジェイテクト健康保険被保険者証を左の理由で再交付を申し出たことを証明します。	
令和 年 月 日	
<事業主住所・氏名・印>	
事業主住所氏名	印
-----	
所属氏名	印

### (注意事項)

- 被保険者証は、他人に渡ると悪用される危険性がありますので、今後とも十分注意してください。
- 盗難、紛失のときは、最寄りの警察署へ届出をしてください。その歳、受理番号を確認し申請書に記入してください。
- 保険証の再交付は有料です。【500円/枚】後日、給与天引きとなります。申請後は理由を問わず返金できませんのでご注意ください。(但し、通常使用し記載文字が消えた場合は無償です。)
- 破損・保険証の記載文字の消え等のカードが残っている場合、本申請書に添付し送付願います。

### 【健保使用欄】

保険証発行代金  請求する  請求しない