

提出ルート：被保険者本人 → 各社本社人事部または委託先の社会保険担当部署（イオン健康保険組合へ直接提出しないでください）

※フリクションボールペン等消せる筆記具不可

※該当内容に○印をして下さい。

申請区分 本人・家族・両方

被保険者証再交付申請書

部署名・所属名

カンパニー
部・課・店

次のとおり { 滅失… 紛失いたしました
盗難・罹災で失くしました
毀損… 破損いたしました } ので再交付を申請いたします

○紛失した場合は誓約書を添付して下さい。
○破損した場合は保険証を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		生年月日		再交付手数料		
8	123456	(7がナ) ケンボ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎	昭 平	年 5	月 6	日 0217	1枚につき1,000円 (振り込み手数料は自己負担です)
被保険者の住所		(〒 000 - 0000)		〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3		注意:後日紛失した保険証が見つかった場合は速やかに古い保険証を健保組合へ返却して下さい。なお、手数料の返金はいたしません。		
申請する家族	被扶養者の氏名	生年月日	続柄	再交付手数料				
		昭・平・令 年 月 日		※保険証再交付 1人につき1,000円 (2人なら2,000円)の 手数料がかかります				
申請理由 と状況	※○印してください ・紛失 [○] ・破損 [] ・罹災 [] ・盗難 []	いつ 令和 4年 3月 21日 どこで(場所) 病院の帰りに定期入れごと紛失						
※盗難の場合 被害届を 提出した 警察署	名称	署	課	振込				
	電話番号	(局)	内線()	※盗 証明書)を添付することで手数料が免除となる場合があります。 ※なお、罹災証明書につきましては後日提出を可とします。				
	届出日・受理番号	月 日 時頃	受理番号	2022.4				

再交付手数料の払い込みを証する書類を貼付する欄

銀行振り込み控え

振込金額 1,000円

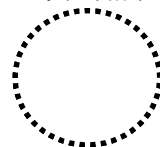
イオン健康保険組合理事長 殿

健保領収印

上記のとおり被保険者から健康保険証の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は健康保険証を滅失または毀損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	(局) 番

事業主受付印



組合 処理 欄	常務理事	事務長	課長	担当

受付印

提出ルート：被保険者本人 → 各社本社人事部または委託先の社会保険担当部署（イオン健康保険組合へ直接提出しないでください）

※該当内容に○印をして下さい。

※フリクションボールペン等消せる筆記具不可

申請区分	本人・ 家族 ・両方
------	-------------------

被保険者証再交付申請書

部署名・所属名
カンパニー 部・課・店

次のとおり

滅失…	紛失いたしました
盗難…	盗難・罹災で失くしました
毀損…	破損いたしました

○紛失した場合は誓約書を添付して下さい。
○破損した場合は保険証を添付して下さい。

○紛失した場合は誓約書を添付して下さい。
○破損した場合は保険証を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		生年月日	再交付手数料
8	123456	(7ガナ) ケンボ (氏) 健保	(名) タロウ 太郎	昭 平 5 6 0 2 1 7	1枚につき1,000円 (振り込み手数料は自己負担です)
被保険者の住所		(〒 000 - 0000)			注意:後日紛失した保険証が見つかった場合は速やかに古い保険証を健保組合へ返却して下さい。なお、手数料の返金はいたしません。
被保険者の住所		〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3			
申請する家族	被扶養者の氏名	生年月日	続柄	再交付手数料	(再交付手数料の払い込みを証する書類を貼付する欄)
	健保 花子	昭・平・令 60年 5月 8日	妻	※保険証再交付 1人につき1,000円 (2人なら2,000円)の 手数料がかかります	
申請理由 と状況	※○印してください ・紛失 [○] ・破損 [] ・罹災 [] ・盗難 []	いつ 令和 4年 3月 21日 どこで(場所) 病院の帰りに定期入れごと紛失			再 【領 下記 1,0 を り付 下さ 振 振込金額 1,000円
※盗難の場合 被害届を 提出した 警察署	名称	署	課	※盗 証明書)を添付することで手数料が免除となる場合があります。 ※なお、罹災証明書につきましては後日提出を可とします。	
	電話番号	(局)	内線()		
	届出日・受理番号	月 日 時頃	受理番号	号	

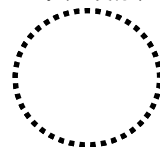
イオン健康保険組合理事長 殿

健保領収印

上記のとおり被保険者から健康保険証の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は健康保険証を滅失または毀損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話	(局) 番

事業主受付印



組合 処理 欄	常務理事	事務長	課長	担当

受付印