【提出先】
〒530-0004　大阪市北区堂島浜２－１－４０
サントリー大阪オフィス内
サントリー健康保険組合宛

健康保険被保険者証　　再交付申請書

注）紛失・毀損による再交付には再交付手数料1,000円が必要です（申請書裏面に振込先記載）。

太枠内を記入してください。

記号	健　保 記入欄	被保険者氏名		
被保険者番号 (または社員番号)		再交付対象者		続柄
勤務先事業所		部　　署		
申請理由	(いずれかに○) 紛失（手数料要）　→　紛失時の状況を詳しく記入してください(記載が無い場合は交付出来ません)。 毀損（手数料要）　→　毀損した保険証を添付してください。 印字ボケ（手数料不要）　→劣化した保険証を添付してください。			
再交付手数料	月　　日　振込済			

※警察の紛失・盗難届受理番号	※警察への届出は保険証再交付の必須要件ではありませんが、 紛失・盗難にあった場合は、悪用される危険性がありますので、 最寄の警察に紛失・盗難届を出される事をお勧めします。 それが紛失・盗難の法的な証明となります。

上記のとおり再交付を申請します。

（申請理由が「紛失」の場合のみ、以下の誓約が必要）

今後は紛失することのないように注意するとともに、失った被保険者証を発見したときは、ただちにお返しいたします。
また、紛失被保険者証の不正使用によって貴組合に損害を生ぜしめたときは、被保険者において、その弁済の責に任じることを誓約します。

【和暦】　　年　　月　　日

被保険者　住所

氏名

保険証は、簡易書留にて郵送いたします。受取可能な住所と宛名を記入ください。

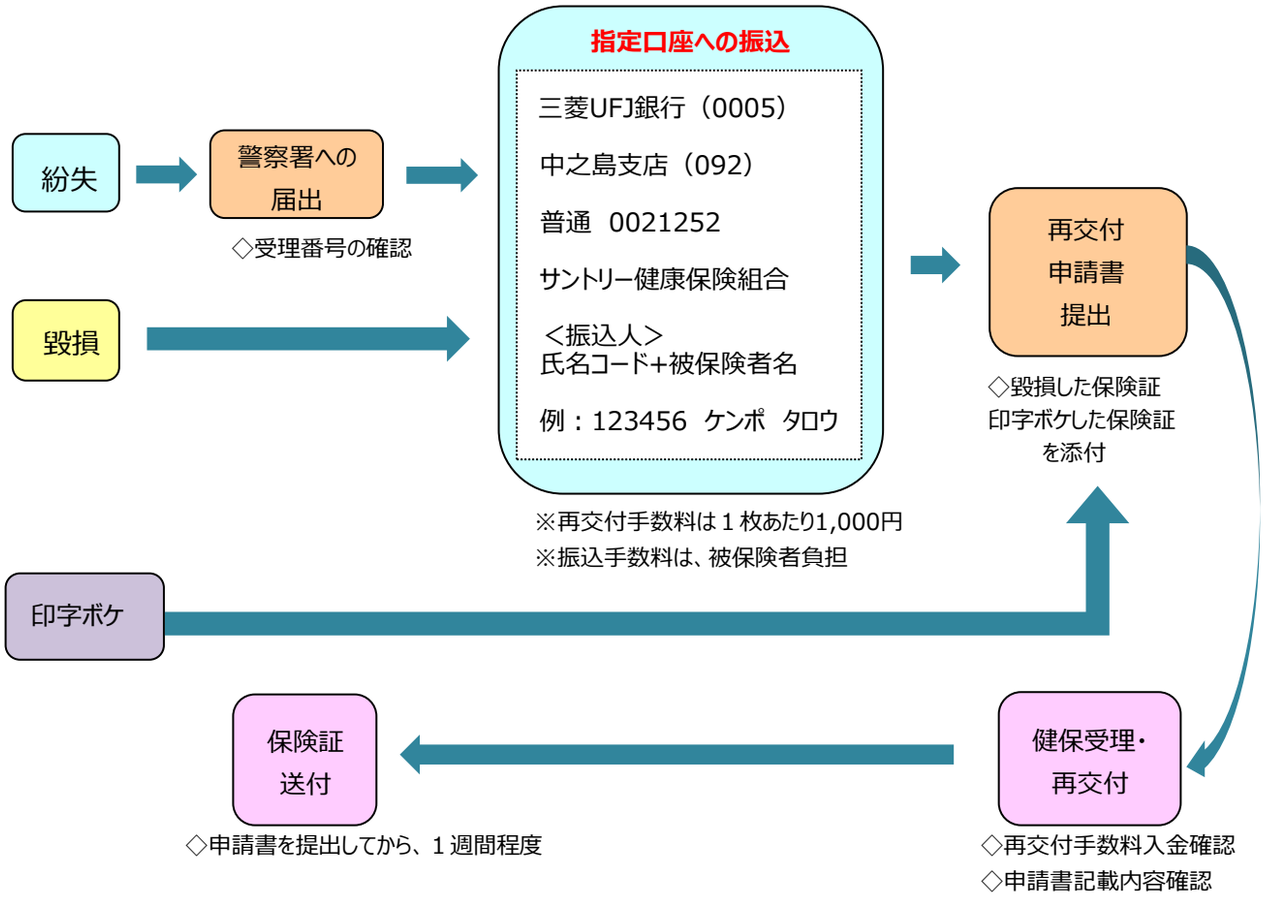
保険証送付先	〒	ＴＥＬ
	(宛名)	携帯

※健保処理欄	常務理事	事務長	担当者	再交付年月日

202403

【再交付申請時のフロー】

(注)再交付手数料入金後は、理由の如何を問わず<u>返金できません</u>ので、ご注意ください。



202403