

保険証券・加入者証の再発行依頼書

- 保険証券・加入者証の再発行について、必要事項をご記入いただき、ご記名・ご捺印のうえご郵送ください。
ご依頼いただいた再発行について、弊社に到着した営業日以降に手続きを行います。
- 再発行手続きが完了しましたら、「保険証券・加入者証」をご契約者・ご加入者へ弊社にご登録いただいているご住所あてに郵送します。
※ご登録いただいているご住所を変えたい場合は、住所変更手続きが必要になります。住所変更手続きを行ったうえで、再発行をご依頼ください。
お手元に届きましたら、内容をご確認いただきますようお願いいたします。

1 保険証券・加入者証の再発行ご依頼日 (投函日をご記入ください。)

西暦 年 月 日

2 証券番号・加入者番号

ご契約・ご加入プランを複数お持ちの場合は、再発行を希望する全てのご契約の証券番号・加入者番号をご記入ください。
※証券番号・加入者番号がご不明の場合は、証券番号・加入者番号のご記入は不要です。
その場合には、有効なご契約・ご加入プランの最も新しい保険期間の保険証券・加入者証を発行します。

3 ご契約者名・ご加入者名

(フリガナ)	セイ	メイ
(漢字)	姓	名

4 ご契約者・ご加入者の生年月日

(大正)・(昭和)・(平成) 年 月 日

5 ご契約者・ご加入者のご住所・お電話番号

郵便番号

(フリガナ)

ご住所

保険証券・加入者証は、ご契約者・ご加入者へ弊社にご登録いただいているご住所あてに郵送します。
※ご登録いただいているご住所を変えたい場合は、住所変更手続きが必要になります。

お電話番号① 弊社にご登録されているお電話番号をご記入ください。
お電話番号② 複数のお電話番号を弊社に登録されている場合にご記入ください。

6 ご契約者・ご加入者のご記名・ご捺印

印

アメリカンホーム医療・損害保険株式会社へ
保険証券・加入者証の再発行を依頼します。

7 ご連絡先

日中にご連絡が取れるお電話番号 (平日 9-17 時)

ご依頼いただいた保険証券・加入者証の再発行について、弊社からお尋ねすることがあった場合のご連絡先です。

※ご記入漏れがないか、ご確認くださいませようお願いいたします。

書類をご送付いただく方法について

↓封筒に貼っていただく「弊社への郵送先のあて先」

(受取人)

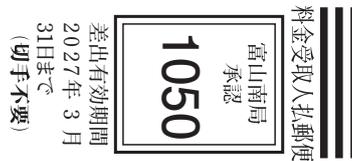
富山南郵便局 私書箱第8号

アメリカンホーム医療・損害保険株式会社

カスタマーサービスセンター 行



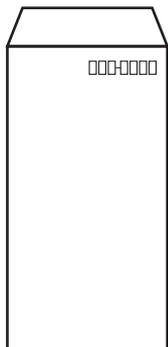
重要書類在中



9398790

<切り取り線>

1. 定型封筒をご用意ください。

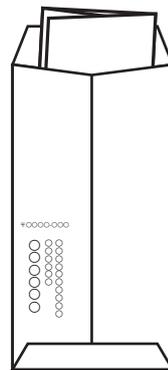


4. 1枚目に必要事項をご記入いただき、ご記名・ご捺印のうえ、封筒に入れて、封緘ください。

「保険証券・加入者証の再発行依頼書」は、折っていただいて構いません。

封筒の裏面に差出人の〒、ご住所、お名前をご記入ください。

2. 上記のあて先を切り取り線に沿って切ってください。



3. 封筒のあて名面へ切り取った上記のあて先を糊で貼ってください。



5. 郵便ポストへご投函ください。

※切手は不要です。(ご用意いただく定型封筒はお客様のご負担になります。)