

再交付申請書

健 保 組 合			事業所担当者の 確 認 印
常務理事	グループ長	担 当 者	
			日付印

健康保険被保険者証									
記号			番号(右づめで記入)						
┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆

平成 年 月 日提出

被保険者の氏名	
(氏)	(名)

(印)

事業所名		電話 番号	自 宅		
所 属 (または出向先)	部		室・グループ 課 ・ 工場	職場(内線)	
				職場(外線)	
被保険者住所	〒				

証の種類	再交付申請対象者の氏名	生 年 月 日	性別	続柄	申請理由	事由発生 年月日	証番号	健 保 記 入 欄
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ) 	昭 年 月 日 平	男 女		減 失 き 損	申請に至った状況:	平成 年 月 日	* *
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ) 	昭 年 月 日 平	男 女		減 失 き 損	申請に至った状況:	平成 年 月 日	* *
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ) 	昭 年 月 日 平	男 女		減 失 き 損	申請に至った状況:	平成 年 月 日	* *
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ) 	昭 年 月 日 平	男 女		減 失 き 損	申請に至った状況:	平成 年 月 日	* *
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ) 	昭 年 月 日 平	男 女		減 失 き 損	申請に至った状況:	平成 年 月 日	* *
☐ 被保険者証 ☐ 高齢受給者証 ☐ 限度額適用認定証	(フリガナ) 	昭 年 月 日 平	男 女		減 失 き 損	申請に至った状況:	平成 年 月 日	* *

誓 約 書	今後、新たに交付された証の保管については充分注意いたします。 また、返納すべき証が見つかったときは、ただちに返納いたします。 私の不始末により万一貴組合に対し、損害を及ぼすことがあった場合は、いかなる処分を受けても異議なきことを誓約致します。
	被保険者氏名 (印)

受付目付目

健康保険被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記「備考」欄に記入してください。
(マイナンバーを記入した場合は、マイナンバー確認ならびに本人確認のための書類添付が必要となります。)

備考	
----	--