

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 被保険者証再交付 申請書

被保険者(申請者)情報	事業所名	三協立山(株)	所属名	〇〇支店 〇〇部 〇〇課		
	被保険者証の記号	82	番号	100000	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇 年 〇 月 〇 日
	氏名	(フリガナ) サンタテ タロウ 三立 太郎				
	住所	(〒 933 - 〇〇〇〇 ) 富山 (都道府県) 高岡市〇〇〇番地 TEL 0766 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇				

再交付対象者欄	再交付する方にチェックをつけて下さい	<input type="checkbox"/> 被保険者	(フリガナ) サンタテ ハナコ 三立 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 〇 年 〇 月 〇 日
	被保険者の場合氏名と生年月日は記入の必要はありません	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者	被扶養者氏名 (フリガナ)	被扶養者生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	再交付の原因	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 令和 〇 年 〇 月 〇 日頃 <input type="checkbox"/> 毀損 令和 年 月 日頃 (※毀損した証を添付ください) <input type="checkbox"/> その他	滅失等の詳細理由	買い物をしている際に 保険証の入った財布を落としてしまった。

上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。 令和 〇 年 〇 月 〇 日  
今後被保険者証の保管に注意し、旧被保険者証発見の際には直ちに旧証を返納いたします。

事業主証明欄	上記のとおり再交付の申請がありましたので届出いたします。
	令和 年 月 日 事業所所在地 名称 氏名

受付日付印
-------

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備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。