

健康保険被保険者証 再交付 申請書

| | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|---|
| 被保険者証の 記号番号 | 記号 | フリガナ | 性別 |
| | 番号 | 被保険者の 氏 名 | 印 男・女 |
| 資格取得年月日 | 平成 年 月 日 令和 | 被保険者の 生年月日 | 昭和 年 月 日 平成 |
| 被保険者の住所 | 〒 () Tel () () | | |
| 事業所 | 名 称 | | |
| | 所 在 地 | | |
| 再交付申請事由 の発生年月日 | 令和 年 月 日 | 再交付申請 対象者氏名 及び続柄 (計 名) | ① |
| 交付申請事由 (該当に○) | 1. 滅失 2. き損 3. 無余白 | | ② |
| | | ③ | |
| | | | ④ |
| 被保険者証を 滅失・き損し たときの経緯 (※滅失・き損時必須) | | 警察への 届出 (※滅失時必須) | 「 警察署」へ 令和 年 月 日 に 遺失届出済 (届出No.) |
| (※滅失・き損時必須) | | | |
| <p>上の届書に記載したとおり、被保険者証を滅失・き損いたしました。今後は 取扱いに十分注意いたします。</p> <p>なお、滅失による被保険者証を発見したときは、直ちに返納いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">被保険者の氏名 _____ 印</p> <p>サンゲツ健康保険組合 理事長 殿</p> | | | |

| | |
|---|---------------------|
| 上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は滅失・き損のないよう十分指導いたします。 | |
| 事業所所在地 | 愛知県名古屋市中区西区幅下一丁目4-1 |
| 事業所名称 | 株式会社サンゲツ |
| 代表者氏名 | 代表取締役 近藤 康正 (印) |

<注意事項>

- 太枠内へもれなくご記入ご捺印ください。(※欄は該当事由のみ)。
- 再交付申請対象者欄の続柄は、本人・妻・長男・長女等のご記入ください。申請事由がき損・無余白の場合は、き損・無余白となった被保険者証を添付してください。
- 滅失した被保険者証が見つかった場合は、見つかった方の被保険者証を直ちにご返却ください。
- 2回以上滅失再交付申請をされる場合には、始末書も提出いただきます。

| | | | | | |
|------|-----|------|---|---|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 副事務長 | 係 | 係 | 受付印 |
| | | | | | |