

健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者用

被扶養者用

常務理事	事務長	担当者

被保険者の氏名	健保 太郎	男 女	XX年 XX月 XX日生
家族(被扶養者)の 紛失の場合はその氏名		男 女	年 月 日生
被保険者の住 所	〇〇県〇〇市△△町1-2-3		
被保険者証の記号・番号	11 - 234567		
被保険者の勤務先	名 称	株式会社〇〇〇〇	
	所 在 地	〇〇県〇〇市△△町1	
	資格取得	XX年 XX月 XX日	
汚し又は 失った理由	買い物に行き、財布がないことに気づき、近辺や自宅をさがしたが見つからなかった。財布の中に保険証も入っていたため、紛失した。		
備 考			

事業主の証明

※事業主(会社)が記入(証明)して下さい。

被保険者 健保 太郎 は、健康保険被保険者証を

失った(汚した)旨、申し出たことを証明します。

なお、今後は被保険者証を失う(汚す)ことのないように被保険者を指導します。

XX年 XX月 XX日

事業主の 住所 〇〇県〇〇市△△町1
株式会社〇〇〇〇
氏名 〇〇 〇〇〇

事業所 担当確認欄	<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか 申請者本人に確認している。
--------------	---

上記の通り再交付を申請します。なお、今後は汚し又は、失うことのないようによく注意するとともに、失った被保険者証を発見した時は、ただちにお返し致します。

XX年 XX月 XX日

ダイフク健康保険組合 殿

本人確認欄 (ご本人確認のため☑チェック願います。)
<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成したものである。

被保険者 氏名 健保 太郎

(注意事項)

1. 不要の文字は、抹消すること。
2. 汚した為の再交付申請であるときは、その被保険者証を添えること。