健康保険被保険者証再交付申請書

不明な場合は
事業所または
健保に確認

入社日を記入

常務理事	事		

※ 保険証を必ず添付してください

提出経路：被保険 → 事業主 → 健保

被保険者証 記号・番号	○○	×××	資格取得 年月日	昭・平・令　○年　○月　○日
被保険者氏名	健保　太郎		被保険者 生年月日	昭・平　○年　○月　○日
被保険者 現　住　所	愛知県○○市××町△△ー□ TEL（○○○○ー○○ー○○○○）			
事業所名称	株式会社×××	所属	部・室 工　場	課
再交付申請 する方の氏名	健保　○○	再交付申請する 方の生年月日	昭・平・令　年　月　日	
再交付 申請理由	該当するものにチェックください ☑紛失　□盗難　□毀損（破損）　□裏面住所欄の余白がなくなった □その他（理由：　　）			

始　末　書

（紛失・盗難で、保険証の原本が添付できない場合に記入）

被保険者証を紛失し、再三心当りを探しましたが、見当たらず深くお詫び申し上げます。
今後、このようなことがないように充分注意するとともに、紛失した被保険者証を発見したときは、直ちにアイシン健康保険組合へ返納いたします。

令和○年○月○日

被保険者
住所　愛知県○○市××町△△ー□
氏名　健保　太郎　印

再交付 に関する 事業主の証明	上記理由の通り 届出があったが 調査の結果、 相違ないものと 認められる	事業所名称 所　在　地 事業主氏名	事業所にて、記入してください

健保受付印

改定：令和5年5月