健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	係　長	係

※紛失・盗難以外の場合は、保険証を必ず添付してください

被保険者証 記号・番号	○○　○○○○○	資格取得 年月日	昭・平　○○年　○○月　○○日
被保険者氏名	健保　太郎　健保印	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○○○○－○ TEL（○○○○－○○－○○○○）		
事業所名称	アイシン○○株式会社	所属	○○　部・室　○○　課 ○○　工　場
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	明・大 昭・平　○○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、直ちに返納いたします。なお、第三者がその証を使用した際の医療費その他の損害については、私が責任を負うことを誓約いたします。

平成　　年　　月　　日

被保険者
住所　愛知県○○市××町○○○○－○
氏名　健保　太郎　健保印

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　印

健保受付印

h25.4改