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	印	被保険者 生年月日	昭・平　　年　　月　　日
被保険者 現　住　所	TEL（　　－　　－　　）		
事業所名称		所属	部・室 工　場　　課
再交付申請 する方の氏名		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

氏名　　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