


# 健康保険被保険者証再交付申請書

※紛失・盗難以外の場合は、保険証を必ず添付してください

常務理事	事務長	係長	係

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 	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 ○○ 工場 ○○ 課
再交付申請 する方の氏名	健保 太郎	再交付申請する 方の生年月日	明・大 ○○年○月○日 昭・平
再交付 申請理由	該当するものにチェックください <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 毀損（破損） <input checked="" type="checkbox"/> 裏面住所欄の余白がなくなった <input type="checkbox"/> 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

住所	始末書の記入は不要ですが、 保険証の原本を必ず添付ください。
被保険者 氏名	



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



健保受付印