



被保険者の氏名を記入し、押印してください。  
ただし、被保険者が自署した場合は、押印は必要ありません。

保険証の記号と番号を記入してください。

あてはまる所に○をつけてください。

### 健康保険 被保険者証 ~~滅失~~ 再交付申請書

一、再交付理由は、できるだけ詳しく記入して下さい。  
二、き損再交付のときは、当該被保険者証を添付して下さい。

被保険者証の記号・番号	記号 950	番号 80	課長	係長	係員
被保険者の氏名・印	中村 太郎 	性別 (男)・女	生年月日	昭和 平成 令和	45年3月3日
被保険者の現住所	〒453-0804 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地				
被保険者証の取得年月日	昭和 平成 令和 20年4月1日				
再交付する保険証 (該当者氏名・続柄)	氏名 中村 太郎	続柄 本人	氏名	続柄	
被保険者証を滅失、き損した理由 (詳しく)	引越しのため荷物を整理していたときに紛失した。				
※この欄は滅失したときに記入してください。	誓約書 届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意し、以前の被保険者証を発見した時はただちに返納いたします。 なお、紛失した被保険者証の不正使用などを生じた場合には、その損害の一切を私が保障することを誓約いたします。 被保険者の氏名 中村 太郎 				

再交付をする方すべての氏名・続柄を記入してください。



滅失またはき損した理由を必ず記入してください。

滅失の場合のみ記入、押印してください。

#### 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。  
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄
-----

郵便番号 460-0080  
事業所所在地 名古屋市中区栄二丁目10番19号  
事業所名称 愛鉄工業 株式会社   
事業主氏名 代表取締役社長 愛鉄連太郎 

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

(令和1年5月1日改)

事業所所在地、名称、事業主氏名を記入し、押印してください。  
法人の場合は代表者印を忘れずに押印してください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバー(個人番号)の記入は不要です。