**健康保険 被保険者証 　 再交付申請書**

**滅 失**

**き 損**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 |  |  | |  | | |  | | |  | | | | 課長 | | | 係長 | | 係　員 | |
| 被保険者証の記号・番号 | 記号 | | 番号 | | |  | | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  |  | | | | |  | |  | | | | | |
| 被保険者の氏名・印 |  | | | ㊞ | | 性別 | 男・女 | | | | 生年月日 | | 昭和平成  令和 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 被保険者の現住所 | 〒 － | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証  の資格取得年月日 | 昭和  平成 年 月 日  令和 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付する  保険証  （該当者氏名・続柄） | 氏名 |  | | | 続柄 |  | | 氏名 | |  | | | | | | | 続柄 | |  |
| 氏名 |  | | | 続柄 |  | | 氏名 | |  | | | | | | | 続柄 | |  |
| 氏名 |  | | | 続柄 |  | | 氏名 | |  | | | | | | | 続柄 | |  |
| 被保険者証  を滅失、き  損した理由  （詳しく） |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ※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が、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ました節には、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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**□　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 －

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（令和1年5月1日改）