

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、滅失再交付のときは、当該被保険者証を添付して下さい。

Form with fields for insured person details, residence, certificate validity, and a sworn statement section.

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 (Remarks field)

郵便番号
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

印

愛鉄連健康保険組合理事長 殿