

被保険者の氏名を記入してください。

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、滅失再交付のときは、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	中村 太郎		生年月日	昭和 45年 3月 3日 平成		
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					
被保険者証の資格取得年月日	昭和 20年 4月 1日 平成 令和					
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
	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)	引越しのため荷物を整理していたときに紛失した。					
※この欄は滅失またはき損した理由を必ず記入してください。	<p style="text-align: center;">誓 約 書</p> <p>届書に記載したとおり、被保険者証を滅失しましたが、今後は十分取扱いに注意し、滅失した被保険者証を発見したときにはただちに返納いたします。 なお、滅失した被保険者証の不正使用などを生じた際には、その損害の一切を私が保障することを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right;">被保険者の氏名 <u>中村 太郎</u></p>					

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4年10月1日改)

事業所所在地、名称、事業主氏名を記入してください。

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。