

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: 被保険者証の記号・番号, 被保険者の氏名, 被保険者の現住所, 被保険者証の資格取得年月日, 再交付する保険証 (該当者氏名・続柄), 被保険者証を滅失、き損した理由 (詳しく), and a 誓約書 (Oath) section with a signature line.

□ 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

愛鉄連健康保険組合理事長 殿