健　保　記　入　欄				
承認伺	常務理事	事務長	担当責任者	扱　者

健　保　記　入　欄
証交付日
証回収日

ヤマハ健康保険組合理事長　殿

再交付申請書

（証の再交付が**必要**な場合）

令和　　年　　月　　日提出

□ 健康保険被保険者証　□ 高齢受給者証　どちらかにチェック

被保険者証	記号		番号		被保険者氏名	
事業所名				被保険者生年月日	昭和 平成	年　月　日
メールNO		所　属				
被保険者住所	〒　－ TEL　－　－					
再交付対象者名 【必ずご記入下さい】	続柄（　　）	続柄（　　）	続柄（　　）			
再交付対象者住所	〒　－ TEL　－　－					

申請事由		
	1 滅　失	滅失した日　令和　年　月　日
		滅失した場所
		滅失状況 警察への届出（ 有 ・ 無 ）
	2 き　損	き損した日　令和　年　月　日
		き損の理由
	3 その他	その他の理由（住所欄無余白・経年劣化等）

※ 被保険者証の記号・番号にか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。（被保険者証の記号・番号を記載した場合は、マイナンバーの記載は不要です）
※ マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類（通知カード又は個人番号記載住民票写し等）及び身元確認書類（運転免許証またはパスポート写し等）」が必要です。

備考	

被保険者	上記の理由により証を（滅失・き損・その他）しましたので、届出しますとともに、証の再発行を申請します。今後は十分取扱いに注意し、証を発見した場合には直ちに返納します。 被保険者氏名　㊞
所属長	上記の通り被保険者から報告がありましたので再交付申請します。 所属長氏名　㊞

注意事項			
	① 申請事由欄は、該当事由番号を○で囲み、その状況をできるだけ詳しく記入してください。盗難や屋外で紛失された場合は、万が一に備え、警察に届出してください。 ② 被保険者並びに所属長は記名、捺印してください。 ③ き損、その他の場合はその証を必ず添付してください。 ④ 紛失した証が見つかった場合は、交付日の古い証を速やかに返納してください。	事業所担当者印	
		健保受付印	