

| 健 保 記 入 欄 |      |     |       |     |
|-----------|------|-----|-------|-----|
| 承認<br>伺   | 常務理事 | 事務長 | 担当責任者 | 抜 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 2年 4月 6日提出

|   |   |   |            |              |                                 |
|---|---|---|------------|--------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>健康保険被保険者証</b> <input type="checkbox"/> <b>高齢受給者証</b> どちらかにチェック   |   |   |            |              |                                 |
| 被保険者証<br>記号   | 1   | 番号  | 654321     | 被保険者<br>氏名   | 山葉 健一                           |
| 事業所名  | ヤマハ株式会社   |   |            | 被保険者<br>生年月日 | 昭和 33年 5月 5日<br>平成              |
| メールNO   | 14E   | 所 属   | △△事業部〇〇工務課 |              |                                 |
| 被保険者住所  | 〒 430 - 0928<br>静岡県浜松市中区板屋町〇〇〇    TEL 053 - 465 - ××××  |   |            |              |                                 |
| 再交付対象者名   | 続柄 本人                                  続柄 妻                                  続柄<br>【必ずご記入下さい】 ( 山葉 健一 ) ( 山葉 保子 ) (                                  )            |   |            |              |                                 |
| 再交付対象者住所  | 〒 -                                  同 上                                  TEL 053 - 465 - ××××  |   |            |              |                                 |
| 申<br>請<br>事<br>由  | 1 滅 失   | 滅失した日                                  令和 2年 3月 1日<br>滅失した場所                              引越しの際に、不注意で滅失してしまった。<br>滅失状況<br>引越しの際に荷物に入れたつもりが、探しても見つからない為<br>念のため警察に届出をした。                                  警察への届出 (有・無) |            |              |                                 |
|   | 2 き 損   | き損した日                                  令和 年 月 日<br>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)<br>※ 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<br>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。<br>被保険者氏名                              山葉 健一                              (山葉) |   |            |              |                                 |
| 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。<br>所属長氏名                              鈴木 一郎                              (鈴木)  |   |            |              |                                 |
| 注<br>意<br>事<br>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。   |   |            |              | 事<br>業<br>所<br>担<br>当<br>者<br>印 |
|   | ② 被保険者並びに所属長は記名、捺印してください。<br>③ き損、その他の場合はその証を必ず添付してください。<br>④ 紛失した証が見つかった場合は、 <u>交付日の古い証を速やかに返納してください。</u>  |   |            |              | 健<br>保<br>受<br>付<br>印           |