

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

<input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証		<input type="checkbox"/> 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	続柄 _____		続柄 _____	続柄 _____		
【必ずご記入下さい】	{ _____ }		{ _____ }		}	
再交付対象者住所	〒 -		TEL	- -		
申請事由 (該当番号に○)	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	具体的な理由 (住所欄無余白・経年劣化等)					
被 保 険 者	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 今後は十分取扱いに注意します。 <input type="checkbox"/> 証を発見した場合には直ちに返納します。 (自署の場合は押印を省略できます)					
(チェックボックスに レ点を入れてください)	被保険者氏名 <span style="float:right">印</span>					
(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ください。 盗難や屋外で紛失された場合には、万が一に備え警察に届出してください。						
② 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。						
③ き損、その他の場合はその証を必ず添付してください。						
※ 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)			備 考	事業所受付印		
※ 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。				健保受付印		