

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 2 年 4 月 6 日提出

<input checked="" 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	1	番号	6 5 4 3 2	被保険者 氏名	山葉 健一
事業所名	ヤマハ株式会社			被保険者 生年月日	昭和 平成 3 3 年 5 月 5 日
メールNO	1 4 E	所 属	△△事業部 ○○工務課		
被保険者住所	〒 4 3 0 - 0 9 静岡県浜松市中区板屋町○○○			TEL	0 5 3 - 4 6 5 - × ×
再交付対象者名	続柄 本人		続柄 妻		続柄
【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	0 5 3 - 4 6 5 - × ×
申請事由 (該当番号に○)	1. 滅 失	滅失した日	令和 2 年 月 3 日		
		滅失した場所	引っ越しの際に、不注意で滅失してしまった		
		滅失状況	引っ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。 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	(チェックボックスに レ点を入れてください)				
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 今後は十分取扱いに注意します。 <input checked="" 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)				
	被保険者氏名 山葉 健一				山葉 印
(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	
※ 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。					
事業所受付印		健保受付印			