

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

健康保険被保険者証 再交付申請書

(保険証の再交付が**必要**な場合)

平成 年 月 日提出

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 年 月 日 平成
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	1 滅 失	滅失した日	平成 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	平成 年 月 日		
	き損の理由			
※ 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	上記の理由により保険証を(滅失・き損)しましたので、届出しますとともに、保険証の再発行を申請します。今後は十分取扱いに注意し、保険証を発見した場合には直ちに返納します。 被保険者氏名 (印)
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 (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して下さい。盗難や屋外で紛失された場合は、万が一に備え、警察に届出して下さい。	事業所 担当者 印
	② 被保険者並びに所属長は記名、捺印して下さい。	
	③ き損の場合はその保険証を必ず添付して下さい。	健 保 受 付 印
	④ 紛失した保険証が見つかった場合は、 <u>交付日の古い保険証を速やかに返納して下さい。</u>	