

**健康保険被保険者証再交付申請書** (毀損・無余白用)

以下のとおり、健康保険被保険者証の再交付について、申請します。

令和 年 月 日

提出先		各事業所の人事総務担当窓口へ提出のうえ、③に事業主証明を受けてください。 (ただし、任意継続被保険者は、「住民票」を添付のうえ、健康保険組合に直送ください)									
① 被 保 険 者 の 情 報	記号-番号	記号		番号		事業所名					
	氏名					生年月日	昭和 平成	年	月	日	
	住所	〒									
		電話 ( )									
② 再 交 付 が 必 要 な 方 の 情 報	氏名				続柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	再交付申請する理由	毀損の場合	毀損の経緯を具体的にお書きください								
		無余白の場合	<input type="checkbox"/> 住所記入欄がいっぱい、訂正の余白がないため <input type="checkbox"/> 臓器提供意思表示欄を訂正したため <input type="checkbox"/> その他( )								
添付書類	<input type="checkbox"/> 再交付が必要な方の『健康保険証』 <input type="checkbox"/> 任意継続被保険者は、本人確認を要するため住民票を添付してください。										
③ 事 業 主 証 明 欄	各社の人事・総務関連箇所にて記入します 令和 年 月 日 住所 事業主 名称 ⑩ 代表者										
被保険者のマイナンバー記入欄 →											
※ 被保険者証の記号番号を記入した方は、 <b>記入不要</b> ※ マイナンバーを記入し申請する場合は、「 <b>個人番号確認</b> 」、「 <b>本人確認</b> 」をするための書類が必要になります。											

健 保 記 入 欄	常務理事	事務長	係	係	備考	受付印					
	資格取得年月日		再交付年月日		決済年月日						
	昭和 平成 令和	年	月	日	令和	年	月	日	令和	年	月