

近畿日本ツーリスト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 (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 4年 10月 1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	79	番号	7650	事業所名	近畿日本ツーリスト(株)			
	氏名	健 保 太 郎				生年月日	昭和 平成	3年 5月 15日		
	住 所	〒 450-0003 愛知県名古屋市中村区名駅南9-99-9 電話 052(555)8899								
② 再交付が必要な方の情報	氏名	健 保 花 子			続柄	妻	生年月日	昭和 平成 令和	5年 3月 30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 保険証を財布から出し入れをしている間に表面の印字がかすれて見えなくなりました							
		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 checked="" 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 印 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、記入不要 ※ マイナンバーを記入し申請する場合は、「個人番号確認」、「本人確認」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 日