

Application for Reissuance of Health Insurance Card

健康保険  
被保険者証再交付申請書

常	系
同	[Example]

Health Insurance Card Symbol	Health Insurance Card Number	Insurance Name	Birth Date
被保険者証の記号・番号	被保険者証の番号	被保険者氏名	生年月日
記号	番号	健保太郎	昭和 平成 令和 50年1月1日
3003	12345		
被保険者が現在勤務している	事業所の名称	○△□株式会社	Business
	所在地	東松山市○×町○-○-○	Business Entity Address
	所属	人事部人事課	Division
Relationship with the insured	被保険者との身分関係(続柄)		
再交付する者の氏名	氏名	生年月日	被保険者との身分関係(続柄)
健保花子	昭和 令和 50年1月1日	妻	
Dependent's Name if this is about him/her	昭和 令和 年 月 日		
Put a circle mark "O"	昭和 令和 年 月 日		
再交付を申請する理由	き損・紛失・滅失 (○で囲んで下さい)		
き損・紛失・滅失の理由(詳しく日時、場所、原因)をご記入下さい。 紛失・滅失の場合は今後の対応(管理方法)もあわせてご記入下さい。			

\*必ずご記入下さい。

平成 年 月 日提出

事業所の証明	
被保険者	は健康保険の被保険者証を
ことに相違ないことを証明します。	した
なお、今後は被保険証を滅失またはき損することのないよう全被保険者を対象に周知徹底をはかります。	
住所	平成 年 月 日
Business Entity Address	
事業主	
氏名	Name Business Owner
電話	局( ) 番

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行社者印

印

The personal information you provide is gathered to help the Bosch Health Insurance Society undertake its operations fairly and in accordance with the Health Insurance Law and relevant notifications. Under no circumstances will this personal information be provided to a third party or used for any purpose other than those stated above. In certain cases, we may contact you to seek clarification of details you have provided, or, if necessary, ask you to provide additional supporting documentation. Please address all inquiries concerning the handling of personal information, requests for disclosure of personal information, and so forth to the Bosch Health Insurance Society General Affairs Section (telephone: 0493-22-0890).

\*To find out more about how we handle personal information, please refer to the "Privacy Policy" on our website.