

# 健康保険 被保険者証再交付申請書

	常務理事	事務長	課長	係長	係
伺					

◎き損により申請する場合は必ず被保険者証を添付すること  
◎紛失・滅失により申請する場合は、必ず所定の方法で、再交付の手数料一千円を納めること

被保険者証の記号・番号		被保険者氏名		生年月日	
記号	番号			昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者が現在勤務している		事業所の名称			
		所在地			
		所属			
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)
			昭和 平成 令和	年 月 日	
			昭和 平成 令和	年 月 日	
			昭和 平成 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。					

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したことに相違ないことを証明します。 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	年 月 日
事業主 氏名	
電話	局( ) 番

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行社者印
---------------------

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.