

健康保険 被保険者証再交付申請書

常務 伺	系
【記入見本】	

◎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・減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 3003	番号 12345	健保 太郎		昭和 平成 令和	50 年 1 月 1 日
被保険者が現在 勤務している		事業所の名称	○△□株式会社		
		所在地	東松山市○×町○-○-○		
		所属	人事部人事課		
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	平成 50 年 1 月 1 日	妻
			昭和 令和	年 月 日	
			昭和 令和	年 月 日	
再交付を申請する理由		き損 ・ 紛失 ・ 減失 (○で囲んで下さい)			
き損・紛失・減失の理由(詳しく日時、場所、原因)をご記入下さい。 紛失・減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、今後は被保険証を減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
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	印
---------------------	---

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証憑書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、
ポッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。
※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。