

正

○記入方法・再交付手数料の注意事項をよく読んで手続をとってください。  
○※欄は記入しないでください。

|      |         |   |    |    |  |
|------|---------|---|----|----|--|
| 届書種別 | 処 理 区 分 |   |    |    |  |
| 適    | 9       | 所 | 部  | 課  |  |
| ※    |         | 属 | 支店 | 支社 |  |

健康  
保険

# 被保険者証再交付申請書 兼滅失届

|      |     |     |  |  |   |
|------|-----|-----|--|--|---|
| 常務理事 | 事務長 | 役 席 |  |  | 係 |
|      |     |     |  |  |   |

|           |  |  |  |           |  |  |  |                      |  |  |  |                     |  |  |     |
|-----------|--|--|--|-----------|--|--|--|----------------------|--|--|--|---------------------|--|--|-----|
| ①被保険者証の記号 |  |  |  | ②被保険者証の番号 |  |  |  | ③被保険者証の氏名<br>(氏) (名) |  |  |  | ④被保険者の生年月日<br>年 月 日 |  |  | ⑤性別 |
|           |  |  |  |           |  |  |  |                      |  |  |  |                     |  |  |     |

|                   |  |  |  |          |  |  |  |         |  |  |        |  |  |
|-------------------|--|--|--|----------|--|--|--|---------|--|--|--------|--|--|
| ⑥資格取得年月日<br>年 月 日 |  |  |  | ⑦被保険者の住所 |  |  |  | ⑧再交付の原因 |  |  | ⑨ ⑧の詳細 |  |  |
|                   |  |  |  |          |  |  |  |         |  |  |        |  |  |

|                       |  |  |  |                |  |  |     |     |
|-----------------------|--|--|--|----------------|--|--|-----|-----|
| ⑩再交付対象者の氏名<br>(氏) (名) |  |  |  | ⑪生年月日<br>年 月 日 |  |  | ⑫性別 | ⑬続柄 |
|                       |  |  |  |                |  |  |     |     |
|                       |  |  |  |                |  |  |     |     |
|                       |  |  |  |                |  |  |     |     |
|                       |  |  |  |                |  |  |     |     |

⑭振込金受取書等貼付欄

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。  
なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。

|        |   |   |
|--------|---|---|
| 事業所所在地 | 〒 | — |
| 事業所名称  |   |   |
| 事業主氏名  |   |   |
| 電話番号   |   |   |

令和 年 月 日

※ 受付日付印

副

|      |      |   |    |    |
|------|------|---|----|----|
| 届書種別 | 処理区分 |   |    |    |
| 適    | 9    | 所 | 部  | 課  |
| ※    |      | 属 | 支店 | 支社 |

健康 被保険者証再交付通知書  
保険

|                   |  |  |  |                    |  |  |  |                      |     |                                    |  |                     |  |  |  |     |  |
|-------------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|----------------------|-----|------------------------------------|--|---------------------|--|--|--|-----|--|
| ①被保険者証の記号         |  |  |  | ②被保険者証の番号          |  |  |  | ③被保険者証の氏名<br>(氏) (名) |     |                                    |  | ④被保険者の生年月日<br>年 月 日 |  |  |  | ⑤性別 |  |
| ⑥資格取得年月日<br>年 月 日 |  |  |  | ⑦被保険者の住所           |  |  |  | ⑧再交付の原因              |     |                                    |  | ⑨ ⑧の詳細              |  |  |  |     |  |
| ⑩再交付対象者の氏名<br>(氏) |  |  |  | ⑪生年月日<br>(名) 年 月 日 |  |  |  | ⑫性別                  | ⑬続柄 | * 保険証の記載内容をご確認のうえ、<br>大切に保管してください。 |  |                     |  |  |  |     |  |
| (氏)               |  |  |  | 年 月 日              |  |  |  |                      |     |                                    |  |                     |  |  |  |     |  |
| (氏)               |  |  |  | 年 月 日              |  |  |  |                      |     |                                    |  |                     |  |  |  |     |  |
| (氏)               |  |  |  | 年 月 日              |  |  |  |                      |     |                                    |  |                     |  |  |  |     |  |
| (氏)               |  |  |  | 年 月 日              |  |  |  |                      |     |                                    |  |                     |  |  |  |     |  |

|        |   |   |
|--------|---|---|
| 事業所所在地 | 〒 | — |
| 事業所名称  |   |   |
| 事業主氏名  |   | 様 |
| 電話番号   |   |   |

上記のとおり交付いたしますので通知いたします。

令和 年 月 日

安田日本興亜健康保険組合理事長