

## 健康保険被保険者証再交付申請書

|                              |   |  |        |  |  |  |        |     |         |                |
|------------------------------|---|--|--------|--|--|--|--------|-----|---------|----------------|
| 被保険者証の<br>記号番号               | 記号  |  | 番号     |  |  |  |        | 所属  | TEL ( ) |                |
| 被保険者の<br>氏名                  | フリガナ  |  |        |  |  |  | 性別     | 男・女 | 生年月日    | 昭和・平成<br>年 月 日 |
| 住 所                          | 〒 TEL ( )   |  |        |  |  |  |        |     |         |                |
| 資格取得年月日                      | 昭和・平成・令和 年 月 日  |  |        |  |  |  |        |     |         |                |
| 紛失または<br>棄損した理由<br><br>(詳しく) | ( 年 月 日 警察署へ届出済)  |  |        |  |  |  |        |     |         |                |
| 該 当 者 氏 名                    | <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者<br>※該当する方の□にチェックし、<br>被扶養者の場合は氏名を記入 |  | 被扶養者氏名 |  |  |  | 被扶養者氏名 |     |         |                |
|                              |   |  |        |  |  |  |        |     |         |                |

上記の通り再交付を申請します。尚、今後は紛失又は、棄損することのないように注意するとともに、失った被保険者証を発見した時は、ただちにそれをお返し致します。

年 月 日

タカラスタンダード健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名 \_\_\_\_\_

| 事業主の証明   |
|--|
| 被保険者 _____ は、健康保険被保険者証を紛失（棄損）した旨、申し出たことを証明します。<br>尚、今後は、被保険者証を紛失する（棄損する）ことのないよう各被保険者を指導します。<br>_____ 年 月 日<br>事業所所在地 _____<br>事業所名 _____<br>事業主の氏名 _____ |

※ 棄損したための再交付申請であるときは、その被保険者証を添えること。

受 付 印 \_\_\_\_\_

|      |     |     |     |     |
|------|-----|-----|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | 担当者 | 証交付 |
|      |     |     |     |     |