

# 記入例

## 健康保険証 再交付申請書

わからない時は会社・健康保険組合で確認して記入してください

常務理事	事務長	課長	係長・主任	係

被 保 者	記号	1	番号	1 2 3 4 5	資格取得日	昭和 平成	平成 22年	令和 4月	1日	性別	男 女	健保受付日付印
	氏名	フリガナ メイテツ タロウ 名鉄 太郎			生年月日	昭和・平成 2年10月10日						
	被保険者勤務地	〇〇〇 事業部										
再交付する保険者証		1. 被保険者 2. 被扶養者 (被扶養者名: 名鉄 花子)										
申請の理由 (いずれかの番号を○ でかこんでください)		<p>1. 紛失 (日時、場所、届け出た警察署等、紛失した理由を詳しく記入してください)</p> <p>2. 破損・汚損 (理由を記入してください)</p> <p>例. 1月上旬頃、名鉄病院を受診し、帰宅してから紛失したことに気付いた。 病院内を探したが見つからないため、西警察署に届け出た。</p> <p>※破損・汚損は 保険者証を添付す ること。</p> <p>破損・汚損した保険証を添付できないときは、1. 紛失 としてください。</p>										
上記の通り申請します。 後日この保険証を発見した際は、ただちに 返納することを誓約します。		<p>住所 〒451-0052 名古屋市西区栄生二丁目26-11</p> <p>令和元年9月15日 被保険者(自署の場合押印不要)</p> <p>氏名 名鉄 太郎 印 電話 (052) 551-6131</p>										
事業主 の証明	上記の通り届出があり、調査の 結果相違ないことを証明する。		<p>事業所の名称・所在地</p> <p>事業主の氏名</p> <p>事業所の署名を受けてください (押印は不要です)。</p>									

部署名・支店名を記入してください

再交付する保険証を○でかこんでください