

健康保険 被保険者証 再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

被保険者証 記号-番号	記号 番号	被保険者の 氏名	性別 男・女	再交付の理由 滅失・き損・その他
被保険者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日	資格取得 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	再交付 該当者 (○を付けて下さい)
被保険者 の現住所	〒			本人・家族
被保険者証の記号-番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、ご記入ください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする為の添付資料が必要となります。)				

※ 滅失届と一緒に提出して下さい。 提出順序: 本人 → 支社・支店 → 人事総務部(2部) → 健康保険組合

再交付該当者の家族氏名	生年月日	性別	続柄
フリガナ (氏) (名)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	
再交付該当者の家族氏名	生年月日	性別	続柄
フリガナ (氏) (名)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	
再交付該当者の家族氏名	生年月日	性別	続柄
フリガナ (氏) (名)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	
再交付該当者の家族氏名	生年月日	性別	続柄
フリガナ (氏) (名)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。

上記の通り被保険者(氏名:)より、再交付申請がありましたので、提出致します。

保険者証のなお今後は、保険証を滅失・き損のないよう指導し、滅失した保険証が見つかった際には、責任をもって返却させます。

事業所所在地:
事業所名称:
事業主氏名:
事業所電話番号:

提出日: 令和
年 月 日

受付印

(記 入 解 説)

【 提出先 】 本社 (人事総務部)

【 提出書類 】 当届出用紙 2部

【 注 意 】 事業主(人事総務部)にて証明後、健康保険組合で再交付の手続きがなされます。

申請書類を 直接、健康保険組合へ送付しないでください。

※ 提出・問い合わせ順序 (ご本人 → 支社・支店 → 人事総務部)

- ① 保険証の上部に記載されている記号(2ケタ)を記入してください…不明の場合は、人事総務部へ確認してください。
- ② 保険証の上部に記載されている番号を記入してください…不明の場合は、人事総務部へ確認してください。
- ③ 被保険者(ご本人)の氏名のご記入をお願いします。
- ④ 被保険者(ご本人)の性別を記入してください。
- ⑤ 被保険者(ご本人)の生年月日を記入してください。
- ⑥ 被保険者(ご本人)が、文化シヤッター健康保険組合に加入した日を記入してください。
※保険証に記載されている資格取得日です。
- ⑦ 現在、ご本人が住んでいる住所を記入してください。【注意】 住民票の住所ではありません。
- ⑧ 再交付の理由に○を付けてください。
- ⑨ 再交付の該当者に○を付けてください。
- ⑩ 再交付が、ご家族の場合…ご家族の氏名ふりがな(カタカナ)を記入してください。
- ⑪ 再交付が、ご家族の場合…ご家族の氏名(漢字)を記入してください。
- ⑫ 再交付が、ご家族の場合…ご家族の生年月日を記入してください。
- ⑬ 再交付が、ご家族の場合…ご家族の性別に○を付けてください。
- ⑭ 再交付が、ご家族の場合…ご家族の続柄を記入してください。例:長男 長女 二男 二女
- ⑮ 右側の欄に記載された①又は②の要件を満たした事を確認し、✓をつけてください。

常務理事	事務長	担当者

記入例：健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者証 記号-番号	記号 ① 番号 ②	被保険者の 氏名 ③	性別 男④女	⑧ 再交付の理由 滅失・き損・その他
被保険者の 生年月日	昭和・平成⑤ 年 月 日	資格取得 年月日	昭和・平成⑥ 年 月 日	⑨ 再交付 該当者 (○を付けて下さい)
被保険者 の現住所	〒 ⑦			本人・家族
被保険者証の記号-番号に代えて、マイナンバーにより申請する場合は、ご記入ください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする為の添付資料が必要となります。)				

※ 滅失届と一緒に提出して下さい。 提出順序: 本人 → 支社・支店 → 人事総務部(2部) → 健康保険組合

再交付該当者の家族氏名	生年月日	性別	続柄
フリガナ (氏) ⑩ (名) ⑪	昭和・平成⑫ 年 月 日	男⑬女	⑭
再交付該当者の家族氏名	生年月日	性別	続柄
フリガナ (氏) (名)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	
再交付該当者の家族氏名	生年月日	性別	続柄
フリガナ (氏) (名)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	
再交付該当者の家族氏名	生年月日	性別	続柄
フリガナ (氏) (名)	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
⑮ <input type="checkbox"/>	①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人(被保険者)が確認している。

上記の通り被保険者(氏名:)より、再交付申請がありましたので、提出致します。

保険者証のなお今後は、保険証を滅失・き損のないよう指導し、滅失した保険証が見つかった際には、責任をもって返却させます。

事業所所在地:
事業所名称:
事業主氏名: **事業主の証明が必要です**
事業所電話番号:

提出日: 令和
年 月 日

受付印

※「本帳票の内容は、業務上の連絡、給与等の支払、社会保険関係、福利厚生等の提供、社員名簿・各種帳票の作成法律上の諸手続き、その他雇用管理上必要な諸手続きに利用します。但し関係会社等あるいは上記の個人情報利用目的並びに取扱いについて同意のうえ記入致します。