

常務理事	事務長	担当

健康保険被保険者証 再交付申請書 滅失・き損 届

日野自動車健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被保険者証の記号・番号	記号	番号	従業員番号 (※)	(※)事業主から指示があった場合のみ記入
被保険者の氏名	印		確認欄 <input type="checkbox"/>	自署の場合は、押印を省略することができます。 *ただし、訂正があった場合は省略不可 (←自署であるため、押印を省略する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/>)
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者 住所	〒
勤務先	名称			
	所在地			
対象者 (本人の場合も記入)	氏名	続柄	生 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	
申請理由 (該当する項目に○)	再交付 あり	1. 滅失 2. 盗難 発見した場合は直ちに返却いたします。 再発行手数料500円(1人につき)を添えて申請します。 被保険者氏名 _____		
		1. き損 2. 文字消え 【き損・文字消えの被保険者証を添付してください】 今後は被保険者証の取扱いに注意いたします。 (手数料は無料) 被保険者氏名 _____		
	再交付 なし	1. 滅失 2. 盗難 発見した場合は直ちに返却いたします。 (被保険者退職時、被扶養者削除したとき。) 被保険者氏名 _____		
発生状況	発生日 : 令和 年 月 日 場 所 : _____ 状 況 : _____ _____			

(注意) 黒ボールペンもしくはインクで記入してください。

【滅失・盗難の場合、警察への届出を推奨します。】

事業主 の 証 明	確認欄 <input type="checkbox"/>	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が、自署以外で作成したものである ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 (←事業主の証明により、押印を省略する場合は、 <input checked="" type="checkbox"/>)
	令和 年 月 日	
	事業所所在地	
	事業所名称 事業主氏名	印

事業主使用欄	
①	②
③	④

受付日付印

※受領印等が必要な場合のみ使用してください