

○この届書は、健康保険被保険者証を滅失またはき損等したため被保険者証の再交付を受ける場合に提出するものです。

健康保険被保険者証 再交付申請書

常務理事	事務長	適用M	担当	担当

被保険者欄	店所コード				事業所名				令和 年 月 日 提出					
	記号		番号		被保険者(社員)の氏名 ※自署の場合は押印不要					性別		生年月日		
	11									1 男 2 女		5 昭和 7 平成 年 月 日		

再交付対象者欄		対象者の氏名		生年月日			性別	続柄	再交付原因	証回収※健保使用欄	
	1	(氏)	(名)	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	1 男 2 女		☐ 滅失(紛失・盗難) ☐ き損	☐ 回収 ☐ 未回収
	2	(氏)	(名)	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	1 男 2 女		☐ 滅失(紛失・盗難) ☐ き損	☐ 回収 ☐ 未回収
	3	(氏)	(名)	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	1 男 2 女		☐ 滅失(紛失・盗難) ☐ き損	☐ 回収 ☐ 未回収
	4	(氏)	(名)	5 昭和 7 平成 9 令和	年	月	日	1 男 2 女		☐ 滅失(紛失・盗難) ☐ き損	☐ 回収 ☐ 未回収
	申請事由		(被保険者証を滅失したときの状況を詳しく記入してください)							届出警察署	
警察署										NO.	

【注意事項】

1. 紛失した被保険者証を発見したときは、交付日が古い被保険者証を直ちにヤマトグループ健康保険組合に返納してください。
2. き損による再交付申請の場合は、き損した被保険者証を添付してください。
3. 本人事由でない場合(事業主に責がある場合)には、顛末書の添付が必要となります。

受付日付印

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、今後は健康保険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	〒 104-0061 東京都中央区銀座2丁目16番10号
事業所名称	ヤマト運輸 株式会社
事業主氏名	事業主代理人 小祝 珠樹
電話	03-3541-3411

○この届書は、健康保険被保険者証を滅失またはき損等したため被保険者証の再交付を受ける場合に提出するものです。

記入例

健康保険被保険者証 再交付申請書

常務理事	事務長	適用M	担当	担当

被保険者欄	① 店所コード		② 事業所名		③ 被保険者（社員本人）に関する事項				
					令和 年 月 日 提出				
	記号	④ 番号	⑤ 被保険者（社員）の氏名 ※自署の場合は押印不要			⑥ 性別	⑦ 生年月日		
	11	1111111	大和 太郎 印			① 男 2 女	⑤ 昭和 7 平成	年 月 日 6 3 0 9 1 5	

再交付対象者欄	⑧ 対象者の氏名		⑨ 生年月日		⑩ 性別	⑪ 続柄	⑫ 再交付に関する事項	
	1	(氏) 大和 (名) 太郎	⑤ 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日 6 3 0 9 1 5	① 男 2 女	本人	☒ 滅失(紛失・盗難) ☐ き損	☐ 回収 ☐ 未回収
	2	(氏) 大和 (名) ミケ子	⑤ 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日 0 5 1 1 0 3	① 男 ② 女	妻	☒ 滅失(紛失・盗難) ☐ き損	☐ 回収 ☐ 未回収
	3	(氏) (名)	⑤ 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日	1 男 2 女		☐ 滅失(紛失・盗難) ☐ き損	☐ 回収 ☐ 未回収
	4	(氏) (名)	⑤ 昭和 7 平成 9 令和	年 月 日	1 男 2 女		☐ 滅失(紛失・盗難) ☐ き損	☐ 回収 ☐ 未回収
	⑬ 申請事由 (被保険者証を滅失したときの状況を詳しく記入してください) 病院で使用了後、カバンに入れたつもりが無くなっていた。						⑭ 届出警察署 受理番号 築地 警察署 No. 1234	

【注意事項】

- 紛失した被保険者証を発見したときは、交付日が古い被保険者証を直ちにヤマトグループ健康保険組合に返納してください。
- き損による再交付申請の場合は、き損した被保険者証を添付してください。
- 本人事由でない場合（事業主に責がある場合）には、顛末書の添付が必要となります。

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、今後は健康保険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	〒 104-0061 東京都中央区銀座2丁目16番10号
事業所名称	ヤマト運輸 株式会社
事業主氏名	事業主代理人 小祝 珠樹
電 話	03-3541-3411

受付日付印

健康保険被保険者証 再交付申請書記入方法

【健康保険者証 再交付申請書の記入・提出にあたって】

- (1) 付番のある部分についてご記入ください。文字は、ボールペンを用いて楷書ではっきり漏れなく記入してください。
- (2) 1枚につき家族最大4人まで記入できます。
- (3) ご提出いただいた申請書は一切返却いたしませんので、予めご了承ください。

	No.	項目	記入方法および記入上の注意点
被 保 険 者 （ 社 員 ） に 関 する 事 項	①	店所コード	店所コードを記入してください。
	②	事業所名	事業所名を記入してください。
	③	提出日	会社への提出日を記入してください。
	④	健康保険被保険者証 番号	社員番号を記入してください。
	⑤	被保険者（社員）の氏名	社員本人の漢字氏名を記入してください。※ 自署の場合は押印不要です。
	⑥	性別	戸籍上の性別の該当する項目を○で囲んでください。
	⑦	生年月日	元号（昭和・平成）の該当を○で囲み、生年月日を記入してください。
再 交 付 を す る 対 象 者 に 関 する 事 項	⑧	対象者の氏名	対象者の漢字氏名を記入してください。※被保険者（社員）が再交付する場合も記入してください。
	⑨	生年月日	対象者の元号（昭和・平成・令和）の該当を○で囲み、生年月日を記入してください。
	⑩	性別	対象者の戸籍上の性別の該当する項目を○で囲んでください。
	⑪	続柄	対象者と被保険者との続柄を、『妻・夫』『長女・長男』『父・母』等、長幼性別がわかる続柄にて記入してください。※被保険者（社員）が再交付する場合は『本人』と記入してください。
	⑫	再交付原因	再交付原因（滅失・き損）に☑をし、あてはまる項目を○で囲んでください。
	⑬	申請事由	滅失したときの状況、または、き損になっている状態を詳しく記入してください。
	⑭	届出警察署・受理番号	落とし物の届出をした警察署名、落とし物の受理番号を記入してください。 ※再交付原因が紛失（家の中で無くした、破棄を除く）、盗難の場合は、必ず落とし物の届出をしてください。