

健康保険被保険者証再交付申請書

H28.1 改定

◆再交付申請には、本人確認できるもの（職員証・運転免許証等顔写真付きのもの）が必要です。

*在職の方は本人確認できるものを持参（郵送の時はコピーを添付）して各総務部またはHAL窓口で手続きを行ってください。
*任意継続の方は、上記本人確認できるもののコピーを添付して申請書を健保組合へ郵送してください。

保険証の記号・番号	—	事業所（店名）の名称	
被保険者の氏名	Ⓜ	被保険者の生年月日	年 月 日
再交付申請の対象となる者			
氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄
	年 月 日		再 交 付 の 原 因
			滅 失 ・ き 損

滅失の状況等（滅失により被保険者証を添付できないときに記入してください）

最終使用年月日	年 月 日	使用場所	
滅失時の状況	(具体的に記入してください)		
	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>*自宅内以外で滅失された場合は最寄の警察署へ盗難の届出をしてください。</p> <p><input type="checkbox"/>自宅で紛失 <input type="checkbox"/>自宅外で滅失(届出日 警察署 受理番号No.)</p>		
		申請日	年 月 日
<p>うへの滅失時の状況に記載したとおり被保険者証を滅失いたしましたので、再発行をお願いいたします。なお、今後の被保険者証の取扱いを十分に注意するとともに、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">〒</p> <p style="text-align: center;">被保険者の住所</p> <p style="text-align: center;">氏名 Ⓜ</p> <p style="text-align: center;">高島屋健康保険組合理事長 殿</p>			

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再発行申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	Ⓜ

*申請受領者使用欄 この申請についての被保険者本人確認を行いました。 確認者印 Ⓜ

資格取得日	年 月 日	再交付日	年 月 日
-------	-------	------	-------

受 付 印

常務理事	事務長		担当者	マスター登録