

※ 健 保 使 用 欄			
常務理事	事務長	グループ長	担当者

被保険者証再交付申請書

被保険者証	記号	番号	氏名	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
被保険者の 現住所	〒 -				被保険者 資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
再交付を申請する 被保険者証	(該当するものに○をつけてください) 1. 被保険者証 2. 高齢受給者証			該当者氏名				続柄
申請理由	a. 紛失 b. 盗難 (警察への届出済・未済) c. 毀損 (保険証を添付) (理由をなるべく詳しく具体的に記入して下さい)							
事業主の証明	上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は被保険者証を紛失、又は毀損することのないよう、本人に十分注意いたします。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 事業所所在地 事業所名 事業主(代理人)氏名							

※記入例を参照し、太枠内の必要事項に記入し、該当するものに○を付けてください。

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、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

被保険者証再交付確認通知書

被保険者証	記号		番号		氏名		性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	
被保険者の 現住所	〒 -						被保険者 資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日			
再交付を申請する 被保険者証	(該当するものに○をつけてください) 1. 被保険者証 2. 高齢受給者証					該当者氏名					続柄	
申請理由	a. 紛失 b. 盗難 (警察への届出済・未) き ぞん c. 毀損 (保険証を添付)											
事業主の証明	事業所所在地 事業所名 事業主(代理人)氏名											

セキスイ健康保険組合 理事長

殿