

健康保険被保険者証 滅失・き損 再交付申請書

※き損の場合は必ず保険証を添付してください。

常務理事	事務長	担当	担当

被 保 険 者 欄	被保険者証 記号	被保険者証 番号	氏 名		生 年 月 日	退職した場合は資格喪失した 年月日(退職日の翌日を記入)
					昭和・平成 年 月 日	令和 年 月 日
	勤務している(していた) 事業所		名 称			
住 所						

再 交 付 申 請 の 対 象 者 欄	氏 名		生 年 月 日	続柄	滅失(き損)年月日	再交付を申請する理由(滅した理由を詳しく)
	本人		/	/	令和 年 月 日	
	家 族		昭和・平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日	
		昭和・平成・令和 年 月 日		令和 年 月 日		

被保険者のマイナンバー記載欄  
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※マイナンバーを記載した場合は書留など追跡可能な方法で送付をお願いします。

上記のとおり、再交付申請を致しますが、今後は充分取扱いに注意いたします。尚、被保険者証を発見したときは、ただちに返納致します。

令和 年 月 日 提出

エア・ウォーター健康保険組合理事長殿

被保険者の住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

事 業 主 欄	確認欄	下記の内容を確認し、チェック(☑)をお願いします。	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。
	<input type="checkbox"/>	この届出については、①または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が確認している。		