

常務理事	事務長		係



## 健康保険被保険者証 再交付

届出事項に ○ を付けてください  
 [き損・無余白] のときは、差し替える保険証を  
 一緒に提出してください

(発行通番)

届出事項 (該当事項に○を付ける)	1. 再交付申請 [滅失] 2. 再交付申請 [き損・無余白] ※再交付したい保険証を添付してください 3. 返納不能 [滅失] ※保険証の交付はありませぬ。(退職時など保険証の返納が出来ないとき)					
被保険者証の記号番号	記号	番号	被保険者の住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇-〇-〇		
	3	1234567	生年月日	昭和・平成	●●	年 ●● 月 ●● 日
被保険者の氏名	日興太郎		資格取得日	昭和・平成・令和	●●	年 ●● 月 ●● 日
	●●●●●●●● 株式会社 ●●●●●●●● 部 ●●●●●● 支店 ●●●●●● 課 TEL ●●●● (●●●●) ●●●●					
交付対象者氏名	生年月日	続柄	交付対象者氏名	生年月日	続柄	
日興太郎	S●●.●●.●●	本人				
日興花子	S●●.●●.●●	妻				
日興一郎	H●●.●●.●●	長男				
滅失の年月日	令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日	滅失の場所	●●●●●● 駅	滅失した理由	1 盗難 2 遺失 3 焼失 4 紛失 5 その他	
保険証の記号・番号に代えて個人番号(マイナンバー)を記入してください(マイナンバーを記載した場合は、個人番号を記載してください)						
誓約書(滅失の場合は記入必須) 上のおり被保険者証を滅失いたしました。尚発見につとめ、発見した際は直ちに返納いたします。又後日この滅失により貴組合に損害を与えたときは、一切その責任を負います。						
令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 被保険者署名						
事業主の証明並びに連帯保証(滅失の場合は記入必須) 被保険者 <u>日興太郎</u> が被保険者証を滅失したこと及び受診状況が上記の上記のしむり相違ないことを証明します。又、後日に至り、この滅失により貴組合に損害を及ぼした場合は、一切その責任を負います。						
令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 事業所名称・代表者名						

番号が不明な方は、社員コードを記入してください

再交付 または 返納不能 となる対象者の氏名のみ 記入してください

滅失の場合は、年月日・場所・理由を必ず記入してください

被保険者(社員)の署名・捺印をしてください

被保険者氏名を記入してください

一般被保険者(社員)の方は事業主(社長等)の承認印をもらってください

※ 一般被保険者(社員)の方は事業主(社長等)の承認印をもらって下さい  
 S M B C 日興証券(株)の方の承認印は、第二人事課で押印となります(送付先:第二人事課)