

常務理事		担当者

健康保険被保険者証（紛失・き損）再交付申請書

被保険者	被保険者証	記号	番号	
	氏名			
	住所			
	生年月日	昭和・平成	年	月

【再交付届】

再交付する方 本人・被扶養者に○をつけ 氏名を記入して下さい	本人 被扶養者	氏名	
--------------------------------------	------------	----	--

【紛失届】

再交付を申請する理由 (くわしく)	紛失日 令和 年 月 日
警察への届出状況	届出日 令和 年 月 日 警察署名 () 届出番号 ()

《注意事項》 被保険者証を紛失または盗難にあった場合は、第三者に悪用される恐れがありますので、必ず警察に届け出てください。

事業主の証明
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、今後は被保険者証の管理については十分指導いたします。 令和 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名

北関東しんきん健康保険組合理事長 殿

※ 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。

ただし、マイナンバーを記載した場合は、下記の書類の添付が必要となりますのでご注意ください。

・「個人番号確認」及び「本人確認」をするための書類

また、マイナンバーが記載された申請書を事業主経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類」

及び「代理人の身元確認書類」も必要です。

受付年月日

備考欄	
-----	--