

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	主任	係	データ

健康保険者証（滅失・き損）再交付申請書

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		印	被保険者の生年月日			性別
記号	番号				昭和 平成	年	月	日 男女
被保険者の住所		〒 —						
再交付を希望する証 (該当する方を○で囲んでください)		・被保険者分 ・被扶養者分 → 該当者については下記に記入						
該当するものが 被扶養者場合に記入 (続柄は詳しく記入してください)		被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日			続柄	性別
				昭和 平成	年	月	日	男女
				昭和 平成	年	月	日	男女
				昭和 平成	年	月	日	男女
再交付を希望する理由 (滅失した場所やき損した理由などを できるだけ詳しく記入ください)								
備考	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、本人確認するための添付書類が必要です。)							

上記のとおり再交付を申請します。

なお、今後は滅失又はき損することのないよう十分注意するとともに、滅失した被保険者証を
発見しました場合はただちに返納いたします。

平成 年 月 日

大阪金属問屋健康保険組合理事長 様

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

◎事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【個人情報保護に関して】

※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。

※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的を超えて個人情報を取り扱うことがあります。

- 法令に基づく場合
- 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のため特に必要であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
- 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき

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の申請がありましたので提出いたします。 また、届出のとおり健康保険者証を滅失またはき損したことに相違ないことを証明いたします。 なお、今後は健康保険者証を滅失またはき損することのないよう、十分指導いたします。		
	〒 —		
	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名	①	
電話	(局)	番

受付印