

シャープ健康保険組合

健康保険（被保険者証・被扶養者証）再交付申請書

※従業員は、管轄の総務部または管理部を経由して提出してください。退職者は直接健康保険組合へ提出してください。記入に際しては、消せないボールペン又はペンを使用してください。

※個人情報の取扱いについては、公表の「個人情報保護基本方針（プライバシーポリシー）」に則り、利用目的の範囲内で取り扱います。

令和 年 月 日

被保険者 健康保険証の 記号 番号(右詰め) 被保険者 氏名 勤務地・所属名 ⑩ 生年月日(昭・平) 年 月 日 マルチ 8 - - 個人番号 上記の記号・番号を記入すれば、記入不要 住所

【該当するものを○で囲み、必要事項を記入ください】

申請理由 1. き 損 => き 損した健康保険証を添付してください 2. 滅 失 A. 外出先での紛失・盗難 (状況と警察への届出状況を記入ください) [状況] [警察への届出状況] ①届出先 (警察署・派出所・駐在所) 令和 年 月 日届出 ②遺失物・盗難届の受付No. () 担当官氏名 () B. その他 (具体的理由を記入ください) [理由] 申請対象者 A. 本人 B. 家族(氏名) B. 家族(氏名) B. 家族(氏名) [ご注意] 任意継続・特例退職に加入している方は被保険者本人の身分証明書を添付してください。(運転免許証、パスポート等の写し)

※滅失した場合は以下の念書を確認のうえ、ご署名ください

<念書> 上記の届出書に記載のとおり、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。この被保険者証について、万一 事件・事故が起こった場合はすべて自己責任として対応します。今後、充分注意致しますので、再交付をお願いします。なお滅失した被保険者証を発見した場合は、直ちに返却します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 ⑩

【注】健康保険被保険者証は、クレジットカード等のように効力を止めることができませんので、大切に保管してください。

事業主 上記申請内容について証明致します。 今後は、健康保険被保険者証を滅失、またはき損することのないよう充分指導致します。 事業所所在地 事業所名称 ⑩ 令和 年 月 日 事業主氏名

Table with 4 columns: 事務長, 課長, 課長, 担当

Table with 2 columns: 入力日, 証作成日, 証発送日, 証添付 (有・無)

健保受付印

事業主受付印

【保険証貼付台紙】

