

健康保険被保険者証再交付申請書

住友ファーマ健康保険組合理事長殿

常務理事	事務長	係員

被保険者	記号	番号	氏名		
再交付対象者	氏名	生年月日			続柄
		S□ H□ R□	年	月	日
		S□ H□ R□	年	月	日
		S□ H□ R□	年	月	日
		S□ H□ R□	年	月	日
申請理由	紛失□ 破損□ (該当箇所にレ点を付け、詳しい状況を記入して下さい。) ※紛失の場合は最寄りの警察に必ず届け出て、下記の欄に記入して下さい。				
届出した警察の名称		届出日	令和	年	月 日
上記のとおり再交付を申請します。今後は紛失または破損することのないよう注意するとともに、紛失した被保険者証を発見したときは、直ちにこれを返納いたします。					
なお、紛失した被保険者証の不正使用により貴組合が損害を被ったときは、その責を負います。					

事業主確認	被保険者から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。 今後は紛失または破損することのないよう充分指導いたします。
	<input type="checkbox"/> この届出については、下記の2点を確認しています。 1. 申請者本人(被保険者)が作成していること。 2. 記載内容に誤りがないか申請者本人が確認していること。

(注意事項)

- 紛失による申請の場合は、警察への届出が確認できなければ(届出した警察の名称と届出日の記載がない場合は)被保険者証の再交付はできませんのでご注意ください。
- 破損による申請の場合は、破損した被保険者証を必ずこの申請書に添付してください。

健保受付日付印