常務理事	事　務　長	課　　長	係　　長	係	交付年月日：令和　　年　　月　　日
					下記のとおり手続きしてよろしいか

記号番号またはマイナンバーのどちらかをご記入ください

健康保険被保険者証（本人・家族）再交付申請書

被保険者情報	被保険者証 記　　号 被保険者証 番　　号	**記号** **番号**	氏　名	**被保険者の氏名をご記入ください**
	住　　所	〒　　― **被保険者の住所と連絡先をご記入ください** TEL　　―　　―		
	被保険者のマイナンバー記載欄 （被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		

再交付対象者	氏　　名	生年月日	性別	続柄	再交付の理由（いつ、どこで、紛失状況等、詳しくお書きください）
	対象者の氏名をご記入ください	昭和・平成・令和 ○年○月○日	男 女	**（例）長男**	紛失 き損 その他　**紛失状況等をご記入ください**
		昭和・平成・令和 年　月　日	男 女		紛失 き損 その他　**いずれかに○**
		昭和・平成・令和 年　月　日	男 女		紛失 き損 その他
		昭和・平成・令和 年　月　日	男 女		紛失 き損 その他

被保険者署名欄

上記のとおり申請します。
なお、返納できなかった健康保険証に関する今後一切の責任は私が負います。
今後は取扱いに十分注意し、また、後日健康保険証が見つかった時は速やかに返納いたします。

令和○○年○○月○○日　　被保険者氏名（自署）　**被保険者の氏名をご記入ください**

事業主証明欄

上記のとおり相違ないことを証明します。
今後このようなことがないよう取扱いについて十分指導いたします。

令和○○年○○月○○日

事業所所在地　**事業所の所在地をご記入ください**
事業所名称　**事業所の名称をご記入ください**
事業主氏名　**事業主の氏名をご記入ください**

※ 健康保険証を紛失されたり盗難に遭われた場合は、必ず警察に届出してください。

大阪港湾健康保険組合