

# 再交付申請書 記入の手引き

## 再交付申請書 (見本)

**再交付申請書** \*自費の場合は押印不要

【個人番号の利用目的について】  
当組合では組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第3の項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の徴収及び給付事務で利用します。  
【本表内(裏) 組合員記入】

再交付を必要とする者	再交付を必要とする者	再交付に至る理由
氏名 (姓) (名) 個人番号 再交付を必要とする証 (該当する理由に「 <input type="checkbox"/> 」をつけてください) ① 被保険者証 ② 限度額適用認定証 ③ 高齢受給者証 ④ 特定疾病療養受療証	氏名 (姓) (名) 個人番号 再交付を必要とする証 (該当する理由に「 <input type="checkbox"/> 」をつけてください) ① 被保険者証 ② 限度額適用認定証 ③ 高齢受給者証 ④ 特定疾病療養受療証	① 紛失 (いつ頃) (どこでどのような状況で) (警察へ届出た場合の警察署・交番名) ② 盗難 ③ 破損 (汚れた・割れたなど) 破損した証を添付してください

【約諾事項】  
1. 紛失および盗難にあった証により生じた事故については事業主が一切の責任を負うこと  
1. 紛失および盗難にあった証を発見したときはその証を直ちに国保組合に返却すること 以上

(事業主記入) 上記約諾事項に同意し、上記のとおり必要書類を添えて届け出ます  
京都府理容衛生協会国民健康保険組合理事長 様

申請日 年 月 日  
事業主氏名 (印)

被保険者証等は事業主へ送付します  
以下を所定する場合は「」をつけてください  
1. 事業主が住所  
2. 所属組合  
3. 代理人住所  
※事業主からの責任が必須

再交付 2020.1

専務理事	事務長	確認者	係長

【国民健康保険加入】  
補給区分 従来・特定  
届出日 年 月 日  
届別 区分 階 ( ) 階 ( ) 階 ( )  
届有効期限 年 月 日  
届交付日 年 月 日  
届有効期限 年 月 日  
届交付日 年 月 日  
備考  
番号 種別 去・済 単元 種別 去・済

国民健康保険 被保険者証

## 申請者

### 事業主 (組合員)

従業員(准組合員)の再交付の場合も事業主が申請してください。

## 添付書類等

・破損した証  
(汚れた・割れたなどで破損した場合のみ)

## 提出先

### 所属の料飲国保加入団体

(料飲国保加入団体一覧で確認してください。)

国民健康保険 被保険者証

有効期限 令和〇〇年〇月〇日  
記号 料 番号 〇〇〇〇-〇〇〇〇 枝番 〇〇

上2桁の番号から確認できます

## 再交付申請書の記入例

被保険者証等の紛失・盗難・破損が起きたとき.....2ページ

### 約諾事項

1. 紛失および盗難にあった証により生じた事故については事業主が一切の責任を負う必要があります。
1. 紛失および盗難にあった証を発見したときはその証を直ちに国保組合に返却していただきます。

# 記入例

## 被保険者証等の紛失・盗難・破損が起きたとき

### 再交付申請書

\*自署の場合は押印不要

再交付

2019.1

**①** (准)組合員(世帯主)の保険証記号番号・氏名の記入と押印、事業所名の記入

- ・事業主世帯……事業主の氏名を記入してください。
- ・従業員世帯……従業員の氏名を記入してください。
- ・個人番号の記入は不要です。

【個人番号の利用目的について】  
当組合では組合員及び被保険者の個人番号を番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、保険料の賦課及び給付事務で利用します。  
[太枠内(准)組合員記入]

(准)組合員 (世帯主)	記号 番号	料		〇〇〇〇	—	〇〇〇〇		
	氏名	(氏)	(名)	国保	一郎	<input checked="" type="radio"/> 国保	事業所名 料飲食堂	
	個人番号						←記入後は個人情報保護シールを貼ってください	

**②** 再交付を必要とする被保険者の氏名、生年月日等記入と、再交付を必要とする証に○をつける

- ・再交付を必要とする証が複数ある場合は、必要とするすべての証に○をしてください。
- ・個人番号の記入は不要です。

1 再交付を 必要とする 者	氏名	(氏)	(名)	国保	一郎	生年 月日	〇〇〇	〇	〇	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 女	続柄	<input checked="" type="radio"/> 本人 家族
	個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください											
再交付を必要とする証 (該当する項目に○をつけてください)		<input checked="" type="checkbox"/> ① 被保険者証 <input type="checkbox"/> ② 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> ③ 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> ④ 特定疾病療養受療証											
2 再交付を 必要とする 者	氏名	(氏)	(名)			生年 月日				性別	男 女	続柄	本人 家族
	個人番号	←記入後は個人情報保護シールを貼ってください											
再交付を必要とする証 (該当する項目に○をつけてください)		<input type="checkbox"/> ① 被保険者証 <input type="checkbox"/> ② 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> ③ 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> ④ 特定疾病療養受療証											
再交付に 至った理由	① 紛失		(いつ頃)		(どこで・どのような状況で)		(警察へ届出た場合の警察署・交番名)						
	② 盗難		〇〇年〇〇月〇〇日		〇〇駅で財布と一緒に紛失		〇〇警察署						
③ 破損 (汚れた・割れたなど)		破損した証を添付してください											

**③** 再交付に至った理由を記入

- ・外出中の紛失により悪用される可能性もあるため、速やかに最寄りの警察署へのお届けをお願いします。
- ・紛失した場所等がわからなければ、「不明」と記入してください。

【約諾事項】

1. 紛失および盗難にあった証により生じた事故については事業主が一切の責任を負うこと
1. 紛失および盗難にあった証を発見したときはその証を直ちに国保組合に返却すること

以上

**④** 申請日、事業主名の記入、押印

- ・事業主の自筆の場合のみ、押印は不要です。

[事業主記入] 上記約諾事項に同意し、上記のとおり必要書類を添えて届け出ます  
京都料理飲食業国民健康保険組合理事長 様

申請日 〇〇〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

事業主氏名 料飲 太郎



被保険者証等は事業所へ送付します

以下を希望する場合は○をつけてください

1. 事業主自宅住所
2. 所属組合
3. 代理人住所※

※事業主からの委任状が必要