

船員保険 被保険者証 再交付申請書

証再

被 保 険 者 情 報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日			
	氏名	(フリガナ)		昭和 ・ 平成	年	月	日
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人) 分	再交付の理由	
	紛失 ・ き損 ・ その他	
<input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族) 分	※ 下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。	
被扶養者氏名	生年月日	再交付の理由
	昭和 平成 令和 年 月 日	紛失 ・ き損 ・ その他
	昭和 平成 令和 年 月 日	紛失 ・ き損 ・ その他
	昭和 平成 令和 年 月 日	紛失 ・ き損 ・ その他
詳細な理由		

船 舶 所 有 者 欄	船舶所有者所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。 (〒 -)
	名称	
	氏名	
	電話番号	()
		・ 疾病任意継続被保険者の方は 船舶所有者欄の記入は不要です。

被保険者証の記号番号を記入した場合は 記入不要 です。 被保険者のマイナンバー記入欄
記入した場合は、必ず本人確認書類等を添付してください。

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R4.7

受付日付印

協会使用欄

証回収欄	1: 添付	2: 回収不能	1: 添付	2: 回収不能	1: 添付	2: 回収不能	1: 添付	2: 回収不能
	3: 滅失	5: 未回収	3: 滅失	5: 未回収	3: 滅失	5: 未回収	3: 滅失	5: 未回収

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部