|  |  |
| --- | --- |
| 確認欄 | 内容を確認し、確認欄へチェック✔をしてください。 |
|  | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。   1. 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 2. 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。 |

健康保険　　被保険者・被扶養者　転居届　　105

（兼　保険証再発行申請書）

被保険者・被扶養者が転居し、住民票を移しましたので提出いたします

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険証記号 | | 保険証番号 | | | (住所)　〒 | | | | |
| （被保険者氏名） | | | | | | 保険証の再交付の希望  　　有　・　無 | | （転居日）  　　　　　　年　　月　　日 | |
| （被扶養者の氏名） | | | | （続柄） | | | （生年月日） | | （同居の有無） |
|  |  | | |  | | | 昭・平・令  年　　月　　日生 | | 同居 ・ 別居 |
| 保険証の再交付の希望  有 ・ 無 | | 〒　　　　　　　　　　　（被保険者と別居の場合は住所を記入して下さい。） | | | | | | |
|  |  | | |  | | | 昭・平・令  年　　月　　日生 | | 同居 ・ 別居 |
| 保険証の再交付の希望  有 ・ 無 | | 〒　　　　　　　　　　　（被保険者と別居の場合は住所を記入して下さい。） | | | | | | |
|  |  | | |  | | | 昭・平・令  年　　月　　日生 | | 同居 ・ 別居 |
| 保険証の再交付の希望  有 ・ 無 | | 〒 　 　　　 （被保険者と別居の場合は住所を記入して下さい。） | | | | | | |
|  |  | | |  | | | 昭・平・令  年　　月　　日生 | | 同居 ・ 別居 |
| 保険証の再交付の希望  有 ・ 無 | | 〒 　　　（被保険者と別居の場合は住所を記入して下さい。） | | | | | | |

20220401 改訂

南海電気鉄道健康保険組合理事長　殿

上記届出について、事実に相違ないことを証明します

事業主　所在地

受　　付

　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　氏名

* 保険証の再交付を希望される場合は、今お持ちの保険証を添付して下さい。
* 上記の個人情報は、本人の同意なく健保事務以外に使用いたしません。