決　　裁		
常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証　再交付申請書

被保険者 記号・番号	記号	番号	**被保険者 氏　　名**	㊞
被保険者 住　　所	〒　　－ TEL（　　）　　－			
申 請 理 由 （該当に〇）	① 紛　失 ② 盗　難 ③ 棄　損 ④ その他	◆紛失の理由、盗難の状況を詳しく記入 ◆理由が①、②の時は記入 ※紛失・盗難日　　平成　　年　　月　　日 ※届出警察署　　※届出受付番号		
再交付する 保 険 証	◆再交付該当者 ◎続柄　　該当者氏名 ◎続柄　　該当者氏名 ◎続柄　　該当者氏名 ◎続柄　　該当者氏名			

◆申請理由が①・②の時は署名・捺印をしてください。

上記に記載したとおり、被保険者証を紛失いたしましたが、今後の取り扱いに十分注意し、被保険者証を発見したときは直ちに返納いたします。
貴健康保険組合には、今後一切ご迷惑をお掛けいたしません。

被保険者氏名　　㊞

受付日付印