

※身分証明書のコピーを添付の上、申請して下さい。

受付No. _____

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	⑩		
	〒 _____					
被保険者 住 所	Tel (_____) _____					
申請理由 (該当に○)	① 紛 失	◆紛失の理由、盗難の状況を詳しく記入				
	② 盗 難	◆理由が①、②の時は記入				
	③ 棄 損	※紛失・盗難日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
	④ その他	<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td style="width:50%">※届出警察署</td> <td style="width:50%">※届出受付番号</td> </tr> </table>			※届出警察署	※届出受付番号
※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				

◆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。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 ⑩

受付日付印