

※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 1 0	番号 1 2 3 4 5 6	被保険者 氏 名	愛知 太郎 ㊟
被保険者 住 所	〒 4 7 6 - 0 0 0 3 東海市荒尾町〇〇番地 Tel (0 5 2) 6 0 3 - 1 2 3 4			
申 請 理 由 (該当に○)	◆紛失の理由、盗難の状況を詳しく記入 (記入例) ・家に置いていたが、使用しようと思ったところ無くなっていた ・外出中に保険証を入れていた財布ごと落とした ① 紛 失 ② 盗 難 ③ 棄 損 ◆理由が①、②の時は記入 ※紛失・盗難日 平成 3 0 年 3 月 3 日 ④ その他			
再交付する 保 険 証	◆再交付該当者 ◎続柄 本人 該当者氏名 愛知 太郎 _____ ◎続柄 該当者氏名 _____ ◎続柄 該当者氏名 _____			

※届出警察署 東海警察署	※届出受付番号 1 2 3 4
-----------------	--------------------

◆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 愛知 太郎 ㊟

受付日付印