

| | | | | | | |
|---------|----------|-----|------|------|----|---|
| 本人確認者 ⑤ | 伺・交付年月日： | | | | | |
| | 常務理事 | 事務長 | 業務課長 | 課長代行 | 係長 | 係 |
| 免許証 | | | | | | |
| 住民票 | | | | | | |
| パスポート | | | | | | |

健康保険 被保険者証再交付申請書
(滅失・き損)

| | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------|---------|------|
| ① 被保険者証の記号・ 番号 | | ②被保険者の 氏名・印 | | ⑤ |
| ③ 被保険者の現住所 | 〒 | | | |
| | 電話 () | | | |
| ④ 被保険者の性・生年月日 | 男・女 | 昭和・平成 | 年 月 | 日生まれ |
| ⑤ 再交付を申請する該当者 氏名をご記入ください。 ()内には続柄を記入し てください。 | 本人氏名 | (本人) | 家族氏名 | () |
| | 家族氏名 | () | 家族氏名 | () |
| | 家族氏名 | () | 家族氏名 | () |
| 滅失・毀損等に至った 状況を詳細に記入してく ださい。 | ※ 滅失の場合 警察署への届出 有 ・ 無 警察署名 | | | |
| 令和 年 月 日提出 | | | | |
| 上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないように充分指導いたします。 | | | ※ 受付日付印 | |
| 年 月 日証明 | | | | |
| 事業所所在地 | | | | |
| 事業所名称 | | | | |
| 事業主氏名 ⑤ | | | | |
| 電話 () | | | | |