

健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	係員

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日				性別	資格取得年月日					
			昭・平	年	月	日		昭・平	年	月	日		

再交付の対象となる方	氏名		生年月日				性別	続柄	再交付の理由
	氏	名	昭・平	年	月	日			
									滅失・き損・その他
									滅失・き損・その他
									滅失・き損・その他
									滅失・き損・その他
									滅失・き損・その他

申請事由	(滅失またはき損したときの状況を詳しく記入してください。)
	(警察届出： 月 日)

被保険者記入欄	<p>上記のとおり健康保険被保険者証を紛失しました。証を発見した場合には速やかに返納する事と、紛失した証が不正使用されたことに係る損害については私が一切の責任を負うことを誓約いたします。また、今後はこのような事がないよう、証の使用・保管について十分に注意いたします。</p> <p>ウラベ健康保険組合 理事長 殿</p> <p>被保険者 住所 〒 -</p> <p>氏名 ㊟</p>
---------	--

事業主欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。平成 年 月 日提出
	事業所名称	(〒 -)
	事業主氏名	㊟

◎再交付原因がき損の場合は、き損した健康保険被保険者証を添えて申請してください。