|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **健康保険証　再交付申請書**  | 常務理事 | 事務長 | 課 長 | 係長・主任 | 係 |
|  |  |  |  |  |
| 被保険者 | 記号 |  | 番号 |  | 資格取得日 |  昭和・平成・令和 年 月 日 | 性別 | 男・女 | 健保受付日付印 |
| 氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 生年月日 |  昭和・平成 年 月 日 |
|  |  |
| 被保険者 勤務地 |  |
| 再交付する保険者証 |  １．被保険者 ２．被扶養者　（被扶養者名： 　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  |
| 申 請 の 理 由（いずれかの番号を○ でかこんでください）※破損・汚損は 保険者証を添付す ること。 |  １．紛失（日時、場所、届け出た警察署等、紛失した理由を詳しく記入してください） ２．破損・汚損  |
|  上記の通り申請します。  後日この保険証を発見した際は、ただちに  返納することを誓約します。 住 所 〒令和 年 月 日　被保険者(自署の場合押印不要) 　　　　　　　　　　　　　 氏 名 印 電話（ ） － |
| 事 業 主の 証 明 |  上記の通り届出があり、調査の 結果相違ないことを証明する。 | 事業所の名称・所在地事業主の氏名  |