|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | | | | | | | |