

交付日	令和	年	月	日
回収日	令和	年	月	日

常務理事	事務長	係員	係員

健康保険 被保険者証 再交付 申請書

■ 被保険者（申請者）

被保険者（申請者） 情報	事業所名	<input type="checkbox"/> （記号100）東京・高岡本社（二塚製造部含む） <input type="checkbox"/> （記号600）任意継続 <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> （記号200）川内工場 <input type="checkbox"/> （記号300）高岡工場 <input type="checkbox"/> （記号500）労働組合		
	所 属			
	被保険者証の	記 号	番 号	生 年 月 日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	氏 名	(フリガナ) (自署)		
住 所	(〒 -) 都 道 府 県		(TEL - -)	

■ 再交付を申請する理由及び対象者

再交付理由	<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 無余白 ⇒被保険者証を添付のこと。 <input type="checkbox"/> 滅失 ⇒下記【重要】参照のこと。				
上記理由の 状況					
【重要】滅失された被保険者証は、クレジットカードのように停止することはできません。 盗難または自宅以外で滅失した場合は、必ず警察署へ届出してください。 令和 年 月 日（ 警察署・交番）に届出（済・予定）					
再交付対象者欄	(枝番)	氏 名	性別	続 柄	生 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 被保険者	男・女	(本 人)	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
			男・女	()	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
			男・女	()	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
			男・女	()	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
			男・女	()	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

■ 被保険者証滅失等後の受診状況

受診状況	氏 名	治 療 期 間 (始め～終わり)	治療状況	医療（薬局）機関名
		年 月 日～ 年 月 日	継続・治癒	
		年 月 日～ 年 月 日	継続・治癒	
		年 月 日～ 年 月 日	継続・治癒	
		年 月 日～ 年 月 日	継続・治癒	
		年 月 日～ 年 月 日	継続・治癒	

上記のとおり被保険者証を滅失いたしました。今後は充分取り扱いに注意し、この被保険者証を発見したときは直ちに発見した被保険者証を返納いたします。

また、滅失した被保険者証が他に不正使用された場合の責任を負い、貴組合に対して迷惑をかけることを誓約いたします。

令和 年 月 日提出 (被保険者氏名：自署)

事業主の証明	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。
	また、受診状況が届出のとおり相違ないことを証明します。なお、今後は被保険者証を滅失またはき損する事のないよう十分指導いたします。
	事業所所在地
	事業所 名称 事業主 氏名

受付日付