

該当するものを○で囲んでください

健康保険被保険者証

滅失
・
き損

再交付申請書

同 年 月 日		令 和 年 月 日		
常務理事	事務長	課長	係長	係

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名	生 年 月 日	資格取得年月日
100	1500	信 金 浩 一	昭 平 年 月 日 5 0 0 8 1 9	昭 平 年 月 日 1 0 0 4 0 1
被 保 険 者 の 住 所			再 交 付 の 理 由	
〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇区〇〇丁目〇〇-〇〇			車上狙いにあい、盗難にあってしまったため	

再交付申請の対象者欄に○印	ア	被保険者 (本人) 分	再交付の原因	備考	
		被扶養者 (家族) の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	
		(氏) 信金	(名) 裕子	昭和 平成 令和 1 5 0 7 1 0	長女
		被扶養者 (家族) の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	再交付の原因
		(氏)			滅失・き損・その他
	イ	被扶	再交付を希望される方のみ記入してください	被扶養者の生年月日	続柄
	(氏)		昭和 平成 令和		再交付の原因
		被扶養者 (家族) の氏名	被扶養者の生年月日	続柄	再交付の原因
		(名)	昭和 平成 令和		滅失・き損・その他

滅失・き損事由は詳細に記入してください

再交付を希望される方のみ記入してください

必ずア・イに○をつけてください

令和 年 月 日 提出

R6.5

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

受付日付印