

任意継続
特例退職

健康保険
被保険者証

(本人・家族)

紛失
き損

届・再交付申請書

再交付 年月日	平成 年 月 日
------------	----------

常務理事	事務局長	事務局次長	部長	次長	課長	課長補佐	係長	係

被保険者証 の記号・番号	記号 番号		被保険者氏名	
			生年月日	昭・平 年 月 日 性別 男・女

再交付申請の 対象となる者 (再交付の原因)	氏名	生年月日	性別	続柄	原因	
		昭・平 年 月 日	男・女			紛失き損
		昭・平 年 月 日	男・女			紛失き損
		昭・平 年 月 日	男・女			紛失き損
		昭・平 年 月 日	男・女			紛失き損
		昭・平 年 月 日	男・女			紛失き損

届出の事由 (できるだけ 詳しく日時、 場所等を記入 してください。)	
---	--

上記のとおり、証を紛失・き損したのでお届けします。
今後は充分取り扱いに注意いたしますので、再交付願いたく申請いたします。
なお、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。

平成 年 月 日

被保険者 住所

氏名

⑩

受付印

- ◎ この申請書を提出する際は、本人確認のため被保険者の「運転免許証」や「パスポート」など申請者本人の顔写真がわかるものの写しを添付してください。上記書類の添付が困難な場合は、「住民票」などの公的な証明書を添付してください。また、代理人が申請する場合は、上記の他に代理人の身元確認、本人との関係がわかる書類等を添付してください。
- ◎ 被保険者の押印は、自署した場合に限り省略することができます。
- ◎ 再交付の原因が「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。