

秘密

任意継続被保険者証

滅失
き損

再交付申請書

審査	入力	一次	二次	発送

太枠内をご記入ください。※欄はいずれかに○を記入してください。

被保険者証記号番号		記号	8001		番号			被保険者氏名	①		
被保険者の住所		〒						電話番号 ()			
再交付の 対象者	氏名		※ 生年月日				※ 性別	続柄	※ 高齢受給者証 の再交付	※ 再交付の 原因	再交付の理由 (該当する理由に○印をつけてください)
	(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男	本人	必要 ・ 不要	滅失 ・ き損	1.滅失 ⇒滅失場所 () 警察への届出 (済・未) 2.き損 3.その他 ()
	(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男		必要 ・ 不要	滅失 ・ き損	1.滅失 ⇒滅失場所 () 警察への届出 (済・未) 2.き損 3.その他 ()
	(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男		必要 ・ 不要	滅失 ・ き損	1.滅失 ⇒滅失場所 () 警察への届出 (済・未) 2.き損 3.その他 ()

注意事項

神奈川県医療従事者健康保険組合 殿

年 月 日 提出

受付日付印

①被保険者証を自宅以外で紛失した場合には、警察へ届け出てください。(再交付の理由に、該当する箇所へ○印をつけてください。)

②再交付の後、紛失した被保険者証が見つかった場合には、当健康保険組合まで返却してください。

③き損の場合は、被保険者証を添付してください。