

秘密

健康保険被保険者証

滅失
き損

再交付申請書

審査	入力	一次	二次	発送

被保険者証の記号・番号		記号	番号		被保険者氏名				
被保険者の住所		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	備考
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	本人	必要 ・ 不要
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		必要 ・ 不要
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		必要 ・ 不要

神奈川県医療従事者健康保険組合 殿

年 月 日 提出

上記のとおり被保険者から、被保険者証・高齢受給者証の再交付申請がありましたので届出いたします。

なお、今後は被保険者証を滅失又は、き損することのないよう充分指導いたします。

再交付を申請する理由 (該当する理由に○印をつけてください)
1.滅失 ⇒滅失場所 () 警察への届出 (済 ・ 未)
2.き損
3.その他 ()
被保険者の署名

受付日付印



「被保険者の署名」欄をお忘れなく

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

社会保険労務士記載欄