

秘密 任意継続被保険者証

滅失
き損

再交付申請書

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	1234	被保険者氏名	任継 花子 ⑩					
被保険者の住所	〒000-0000 横浜市〇〇区〇〇町				電話番号 000 (000) 0000						
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 (近所の公園) 警察への届出 (済・未)
	任継	花子	平成	6	2	1	1	0	7	女	2.き損 3.その他 ()
	令和										
(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男	子	必要 不要	滅失 き損	1.滅失 ⇒滅失場所 () 警察への届出 (済・未)	
任継	太郎	平成	2	3	1	2	0	1	女	2.き損 3.その他 ()	
令和											
(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)	
		平成				女				2.き損 3.その他 ()	
令和											

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。