

秘密

健康保険被保険者証

滅失
き損

再交付申請書

被保険者証の記号・番号		記号	2312		番号	200		被保険者氏名	横浜 花子			
被保険者の住所		住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇 横浜市〇〇区△△区 〇〇-××					電話番号	〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇			
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	年	月	日	男	本人	必要 ・ 不要			
	横浜	花子	<input checked="" type="radio"/> 平成	0	1	1	2					
	(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男		必要 ・ 不要			
		平成				女						
(氏)	(名)	昭和	年	月	日	男		必要 ・ 不要				
		平成				女						

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)

- 滅失 ⇒ 滅失場所 (**近所の公園**)
警察への届出 (済 ・ 未)
- き損
- その他 ()

被保険者の署名 (印)

受付日付印

事業所所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市〇〇区〇〇町
事業所名称	〇〇 病院
事業主氏名	〇〇 〇〇
電話番号	〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇



社会保険労務士記載欄

(印)