

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 平成 令和 | 年 | 月 | 日 | 男 女 | 本人 | 必要 ・ 不要 | | | |
| | 横浜 | 花子 | 〇 | 1 | 1 | 25 | 女 | | 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。

| | |
|--------|---------------------|
| 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 |

| | |
|--------------------------------|------------------|
| 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 (近所の公園) | 警察への届出 (済 ・ 未) |
| 2.き損 | |
| 3.その他 () | |
| 被保険者の署名 | 横浜 花子 |



「被保険者の署名」欄をお忘れなく

受付日付印

| |
|------------|
| 社会保険労務士記載欄 |
| |