

健康保険被保険者証 減失 再交付申請書 き 損

常務理事	事務局長	課 長	係 員	名簿記入

被保険者証の 記号	番号	被保険者氏名	性別	生年月日	再交付の理由
			男 女	大 昭 平 年 月 日	(該当する項目に○をし、1. は理由を記入して下さい) 1. 減失(減失の状況等理由を書いて下さい)
資格取得年月日		被保険者住所			届出の警察署 () 届出年月日 (年 月 日)
昭和 平成 年 月 日					
再交付申請の対象者	氏 名		生 年 月 日	性 別	続 柄
			明 昭 大 平 年 月 日	男・女	
			明 昭 大 平 年 月 日	男・女	
			明 昭 大 平 年 月 日	男・女	
<p style="color: red; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">申請用紙は事業所担当者までご請求ください。</p>					手数料
					被保険者 500円 被扶養者 300円 ・ き損の場合 (元の証が回収可能な場合) 無 料

見 本

上記のとおり再交付を申請します。なお、今後は減失又は、き損することのないよう注意するとともに、失った被保険者証を発見したときは、ただちにお返し致します。

平成 年 月 日

しんくみ関西健康保険組合理事長 殿

被保険者
氏名・印

印

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。今後は被保険者証を減失又は、き損することのないよう充分指導致します。	
事業所所在地 事業所名称	〒 -
事業主氏名 電 話	(局) 印 番