

# 健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証を紛失した場合は、第三者に悪用される恐れがありますので、必ず、最寄の警察署、または派出所に届出てください。

届出警察署名	届出年月日 年 月 日
--------	-------------

被保険者証	記号		被保険者氏名	性別	男・女	生年月日	昭 年 月 日
	番号						平 年 月 日
現住所	〒 TEL ( ) -					資格取得年月日	
						昭・平 年 月 日	
備考							

再交付申請の対象となる者	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の理由 (いつ、どこで、紛失状況等詳しくお書きください。)	
		昭・平 年 月 日	男・女			滅失 き損 その他
		昭・平 年 月 日	男・女			滅失 き損 その他
		昭・平 年 月 日	男・女			滅失 き損 その他
		昭・平 年 月 日	男・女			滅失 き損 その他

上記のとおり再交付を申請します。なお、今後は特に被保険者証の取扱に注意すると共に、失った被保険者証を発見した時は、直ちにそれをお返しいたします。もし、紛失した被保険者証を不正に使用された場合は、一切の責任をとり、貴組合にはご迷惑をお掛けいたしません。

平成 年 月 日

大阪織物商健康保険組合理事長 様

被保険者氏名

(印)

※き損のときは、その被保険者証を添付してください。

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

事業主の証明	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提出いたします。なお、今後は健康保険証を滅失又はき損することがないように指導いたします。万一、紛失した健康保険証による事故があった場合、事業主においても責任を持ってその解決に協力いたします。		
	事業所所在地	〒	-
	事業所名称		
	事業主氏名	(印)	
	電話	( )	-

再交付日	
受領印	
受領日付	

受 付 日 付 印