

# 被保険者証等 再交付申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	被保険者証の記号番号(左づめ)	記号	番号	枝番	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	フリガナ					連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯				
	氏名										
住所	〒	都道府県	市区町村		町名・番地 アパート・マンション名						

再交付が必要な方	フリガナ 氏名	生年月日			性別	再交付を申請する被保険者証等	再交付の原因	
			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療者証
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療者証	<input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 交換(枝番あり)
備考								

上記のとおり被保険者証等の再交付について、申請します。 令和 年 月 日

滅失した場合は記入してください。

<念書>

上記に記載したとおり、被保険者証等を滅失したことに相違ありません。  
 この被保険者証等について、万一事件・事故が起こった場合はすべて自己責任として対応します。  
 今後、十分注意しますので、再交付をお願いします。  
 なお、滅失した被保険者証等を発見した場合は、ただちに返却します。

令和 年 月 日 被保険者氏名(自署) \_\_\_\_\_

令和 年 月 日

事業主欄	事業所所在地	〒 _____	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。  任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号	( ) _____	

※再交付の原因が、き損および交換の場合は、古い被保険者証等を必ず添付してください。

組合受付印