

常務理事	事務長	課長	係

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			被保険者の氏名		被保険者の生年月日		
記号		番号			昭		
					平	年	月 日
被保険者の住所			〒 ー				
再交付を希望する証 (該当する方を○で囲んで下さい)			<ul style="list-style-type: none"> 被保険者分 被扶養者分 → 該当者について下記を記入 				
該当するものが被扶養者の場合に記入 (続柄は詳しく記入してください)			被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		続柄
					昭・平・令 年 月 日		
					昭・平・令 年 月 日		
					昭・平・令 年 月 日		
再交付を希望する理由 (滅失した場所やき損させた理由などを できるだけ詳しく記入してください)							

上記のとおり再交付を申請します。

なお、今後は滅失又はき損することのないよう十分注意するとともに、滅失した被保険者証を発見しました場合はただちに返納いたします。

令和 年 月 日

大阪工作機械健康保険組合理事長殿

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の申請がありましたので提出いたします。 また、届出のとおり健康保険被保険者証を滅失またはき損したことに相違ないことを証明いたします。 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失またはき損することのないよう、十分指導いたします。	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒 ー ()