

# 健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	課長	担当者

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日	性別
被保険者の住所			資格取得年月日	
〒 TEL			昭和・平成	年月日

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	被保険者証を滅失した理由・場所
		上記に同じ			本人	滅失・き損・その他	
	被扶養者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	被保険者証を滅失した理由・場所
		明・大昭・平	年月日	男・女		滅失・き損・その他	
		明・大昭・平	年月日	男・女		滅失・き損・その他	
		明・大昭・平	年月日	男・女		滅失・き損・その他	
		明・大昭・平	年月日	男・女		滅失・き損・その他	

上記のとおり再交付申請します。

なお、今後は滅失又はき損することのないようによく注意するとともに  
失った被保険者証を発見したときは、ただちにそれをお返しいたします。

被保険者氏名

(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。 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十分指導いたします。	
所在地	(印)
事業所名称	
事業主氏名	

平成 年 月 日 提出

大阪自転車健康保険組合理事長 殿