

決議 年 月 日

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
|      |     |     |

健康保険 被保険者証 高齡受給者証 再交付申請書

|   |   |  |                    |   |
|---|---|--|--------------------|---|
| 交付を受けていた証   |   |  | 被保険者<br>氏 名        | 印 |
| 記号  |   | 番号   |                    |   |
| 対象者氏名   |   |  | 対象者氏名              |   |
| 対象者氏名   |   |  | 対象者氏名              |   |
| 対象者氏名   |   |  | 対象者氏名              |   |
| <再交付の事由を詳しく書いてください。>  |   |  |                    |   |
|   |   |  |                    |   |
|   |   |  |                    |   |
|   |   |  |                    |   |
|   |   |  |                    |   |
|   |   |  |                    |   |
|   |   |  |                    |   |
| 被保険者証・高齡受給者証発見のときの誓約事項  |   | 上に記載したとおり、 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齡受給者証 を滅失しましたが、この証を発見したときは、直ちに返納いたします。 |                    |   |
| 事業主証明   | 被保険者よりこの再交付申請書が提出されましたが、上記のとおり相違ないことを証明します。 |  |                    |   |
|   | 年 月 日                                       |  |                    |   |
|   | 適用事業所                                       |  |                    |   |
|   | 名称  |  | 事業主印<br>又は<br>代理人印 |   |
| この再交付申請書は証を無くしたり、毀損等により、証の再交付を受ける場合に提出してください。<br>なお、毀損のときは、その証を添付してください。<br>万一、盗難等に遭われたときは、警察等にお届けください。 |   |  | 健保組合受付印            |   |