

健康保険 被保険者証 減失 再交付申請書

き 損
無余白

常務理事	事務長	係	担当者

① 記 号	番 号	②被保険者の氏名
③ 性 別 男 ・ 女	④ 生 年 月 日	大正・昭和 年 月 日生
⑤被保険者の住所		

(ア) 事業所の名称	
(イ) 所 在 地	
(ウ) 資格取得年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日

⑥被保険者証を減失した理由 (始末書添付)	
⑦上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。 なお、減失した保険証を発見したときはただちに返納します。 平成 年 月 日 被保険者氏名 印 岐阜県プラスチック事業健康保険組合様	
⑧事業主の証明 当事業所の被保険者.....は健康保険被保険者証を {き損・減失・無余白} のため再発行を申請するものに相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 事業主 住所 氏名 印	

記入上の注意

一、事業主の証明は退職している場合は不用です。

二、き損、又は無余白で再交付申請のときは「き損、又は無余白」となった被保険者証を添付して下さい。