

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

① 健康保険者証の記号・番号		② 被保険者の氏名			③ 生年月日		④ 性別	⑤ 資格取得年月日			
—		④			昭和 平成		年 月 日	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日	
⑥ 被保険者の住所								⑦ 備考			
〒								受理番号第 号 (警察署)			
再交付申請の対象となる者	⑧ 氏名	⑨ 生年月日	⑩ 性別	⑪ 続柄	⑫ 再交付の原因		⑬ 再交付の理由				
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		滅失・き損・その他					
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		滅失・き損・その他					
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		滅失・き損・その他					
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		滅失・き損・その他					
		昭和 平成 令和	年 月 日	男・女		滅失・き損・その他					

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。

令和 年 月 日

大阪府農協健康保険組合理事長殿

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提出いたします。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。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話

() 局

番

④

【記入の方法】

1. ②欄は、被保険者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。
2. ③および⑨欄の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。
3. ④および⑩欄は、該当する性別を○印で囲んでください。
4. ⑪欄は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「長女」、「祖父」および「祖母」などと詳しく記入してください。
5. ⑫欄は、該当する再交付の原因を○印で囲んでください。

※ き損したための再交付申請であるときは、「き損した健康保険被保険者証」を添付してください。