

健康保険被保険者証 再交付申請書

同 平成 年 月 日					
別紙のとおり証を交付いたしたい。(. . . 交付)					
常務理事		事務長		課長	係

2 1 減失の場合は、紛失理由はあきらかにした本人の始末書を添付すること
 き損の場合は、被保険者証を必ず添付すること

※ 受付番号					
被保険者証の記号番号	記号	番号	事業所の名称		
被保険者	氏名			生年月日	昭平 年 月 日
	住所	〒			
対象者氏名	性別	生年月日	続柄	住所	
	男・女	昭・平 年 月 日		〒	
	男・女	昭・平 年 月 日		〒	
	男・女	昭・平 年 月 日		〒	
	男・女	昭・平 年 月 日		〒	
申請の理由	減失・き損	()			
上記のとおり申請します。 〒 _____ 平成 年 月 日提出 被保険者 住所 氏名 _____ ⑩ 神戸貿易健康保険組合 様					
減失・き損に関する事業主の証明	上記のとおり相違ないことを証明いたします。 なお、今後被保険者証の保管に充分注意させます。		事業主	住所 氏名 _____ ⑩	
備考	個人番号(マイナンバー)の記載を希望される被保険者は、こちらに記入してください。ただし、個人番号を記載された場合は個人番号確認と身元確認のできる書類(個人番号カードの写し等)の添付が必要です。(個人番号: _____)				