

健康保険被保険者証再交付申請書(届)

常務理事	事務長	課長	担当

被保険者証 記号・番号		被保険者 氏名 生年月日	昭・平 年 月 日		所屬長	
被保険者 住所	〒 電話				係	
資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者証 滅失年月日	平成 令和	年 月 日	
事業所の 名称						
再交付の 対象となる者	被 保 険 者	氏名	生年月日	続柄	再交付の原因	
			上記のとおり	本人	滅失 毀損 無余白	
	被 扶 養 者		昭和 平成 令和	年 月 日		滅失 毀損 無余白
			昭和 平成 令和	年 月 日		滅失 毀損 無余白
再交付を申請する理由(詳細に)						
滅失の場合 警察への届出	届出日: 令和 年 月 日 警察署名: 受理番号:					
返納の誓約	上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、この被 保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 氏名					

令和 年 月 日 提出

事業所の 証明	被保険者から健康保険被保険者証の再交付の申請があり、上記のとおり相違がないことを 証明いたします。
	なお、今後は被保険者証を滅失又は毀損することのないように指導いたします。
	令和 年 月 日
	京成電鉄健康保険組合 殿
	所在地 事業所 名称 代表者

※ 毀損・無余白にて申請される場合は、被保険者証を添付してください。

受付日