

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証			事業所名称	
記号		番号		
被保険者氏名			生 年 月 日	性別
			昭和 平成	年 月 日 男・女
対象となる者の氏名			生 年 月 日	続柄
			昭和 平成 令和	年 月 日
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	再交付申請事由の 発生年月日	令和 年 月 日
再交付を申請する事由	滅失 (紛失)			
	き損			
	その他			
滅失（紛失）したときは 上記のとおり被保険証を紛失いたしました。 今後かかる不始末のないよう被保険者証の保管には充分注意いたします。 また滅失した被保険者証を発見したときは直ちに返納いたします。 滅失した被保険者証により貴組合にご迷惑をお掛けしたときは損害賠償いたします。				
令和 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名				
上記のとおり相違ないことを証明いたします。 なお、今後は被保険者証の保管に充分注意させます。				
令和 年 月 日 所在地 事業所 名 称 事業主 氏 名 みづほ健康保険組合 理事長 殿				

注) き損のときは、被保険者証を添付してください。

令和 年 月 日提出