

健康保険被保険者証再交付申請書

赤い部分をご記入ください。

被保険者証の記号番号	保険証の記号を記入 保険証の4桁または5桁の番号を記入	被保険者	氏名	野田 太郎		
			生年月日	昭平	38年	5月7日
事業所	名称	キッコーマン株式会社			所属	人事部
	所在地	千葉県野田市野田250番地				(所属を記入)
再交付対象者氏名	続柄 (本人・長男・長女等)	性別	生年月日	再交付申請の事由・原因等記入 (いつ・どこで・状況等)	再発行手数料 1枚につき1,000円	
ノダ タロウ 野田 太郎	本人	男・女	昭和・平成 38年 5月 7日	11/15に病院で保険証をなくしたため	※記入不要	
ノダ ハナコ 野田 花子	長女	男・女	昭和・平成 3年 4月 5日	11/15に病院で保険証をなくしたため	※記入不要	
		男・女	昭和・平成 年 月 日		※記入不要	

上記のとおり紛失・毀損・無余白につき再交付を申請いたします。

今後は、被保険者証を紛失、または毀損することのないよう保管に留意するとともに、紛失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。また貴保険組合に損害を生じた場合は一切の責任をもち弁償いたします。

担当者カード送付
年月日記入欄

平成22年11月18日

申請年月日を記入

住所
被保険者

住所

野田市野田2500番地

氏名

野田 太郎

野田印

印は、必ず、
押印してください。

キッコーマン健康保険組合理事長 殿

自宅以外で、保険証を紛失した際は、必ず、警察に届けましょう。
※再発行後、保険証が見つかった際は、前の保険証を返却してください。
(再発行手数料はお返しできませんのでご了承ください。)