

# 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	被保険者		氏名	野田 太郎	
		保険証の4桁または 5桁の番号を記入			生年月日	昭 <sup>○</sup> 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
フリガナ				昭和・平成		保険証住所欄の記入スペースが ないため	※記入不要
ノダ タロウ		本人	男 <sup>○</sup> ・女	38年 5月 7日			
フリガナ				昭和・平成		保険証住所欄の記入スペースが ないため	※記入不要
ノダ ハナコ		長女	男 <sup>○</sup> ・女	3年 4月 5日			
フリガナ				昭和・平成			※記入不要
			男・女	年 月 日			

上記のとおり紛失・毀損・無余白<sup>○</sup>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

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

※〈保険証〉と〈健康保険被保険者証再交付申請書〉を人事部社会保険Gあて  
提出してください。