**健康保険　被保険者証　再交付申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、再交付理由は、できるだけ詳しく記入して下さい。  二、き損再交付のときは、当該被保険者証を添付して下さい。 |  |  | |  | |  | | | | | | | |  | | |  |  |
| 被保険者証の記号・番号 | 記号 | | 番号 | |  | | | | | | | |
|  | |  | | | |  | | |  | | | |
| 被保険者の氏名 |  | | |  | 性　別 | 男　女 | | 生年月日 | | | | 昭和  平成  令和 | | | 年　　月　　日 | | |
| 被保険者の現住所 | 〒 　 － | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証  の資格取得年月日 | 平成  令和　　　年　　月　　日 | | | | 再交付の理由 | | | | | □滅失　□き損　□その他 | | | | | | | |
| 再交付が  必要な方 | 氏名 |  | | | 性別 | | 男  女 | | 生年月日 | | | 昭和  平成  令和 | | | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 |  | | | 性別 | | 男  女 | | 生年月日 | | | 昭和  平成  令和 | | | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 |  | | | 性別 | | 男  女 | | 生年月日 | | | 昭和  平成  令和 | | | 年　　月　　日 | | |
| 氏名 |  | | | 性別 | | 男  女 | | 生年月日 | | | 昭和  平成  令和 | | | 年　　月　　日 | | |
| 被保険者証  を滅失、き  損した理由  （詳しく） |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | ※この欄は、滅失したときに記入してください。  (き損の場合は不要です) | 誓 約 書  届書に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしましたが、今後は十分取扱いに注意し、以前の被保険者証を発見した時はただちに返納いたします。  被保険者の氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 上記のとおり被保険者証の再交付について、申請します。　　　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 事業主欄 | 上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。    事業所所在地  事業所名称  事業主氏名  　 電　　　話　　　　　　（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |

　愛知県医療健康保険組合

〒460-0011　名古屋市中区大須三丁目30番60号

(TEL052-269-3203)