

常務理事	事務長	部長	係長	係

任意継続被保険者証 **滅失** 再交付申請書

① 被保険者証の記号 20	② 被保険者証の番号 6000	(ア) 被保険者の氏名 (氏) 産業 (名) 健一	③ 生年月日 昭和 年 月 日 平成 5 1 1 0 2 0	(ウ) 資格取得年月日 昭和 年 月 日 平成 令和 0 3 0 4 0 1
(エ) 被保険者の住所 〒530-0012 大阪府大阪市北区芝田99-99			(オ) 電話番号 06 (6372) 5589	

再 交 付 対 象 者 欄	被 保 険 者 欄	(カ) 氏名 (氏) (名)	(キ) 生年月日 上記に同じ	(ケ) 続柄 本人	⑤ 再交付の原因 1. 滅失 2. き損	原因を詳しく記入してください
	被 扶 養 者 欄	(カ) 氏名 (氏) 産業 安子	(キ) 生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和 5 3 0 7 1 6	(ケ) 続柄 妻	⑤ 再交付の原因 1. 滅失 2. き損	外出先で紛失し警察には届出済みです。
		(カ) 氏名 (氏) (名)	(キ) 生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和	(ケ) 続柄	⑤ 再交付の原因 1. 滅失 2. き損	
		(カ) 氏名 (氏) (名)	(キ) 生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和	(ケ) 続柄	⑤ 再交付の原因 1. 滅失 2. き損	
		(カ) 氏名 (氏) (名)	(キ) 生年月日 昭和 年 月 日 平成 令和	(ケ) 続柄	⑤ 再交付の原因 1. 滅失 2. き損	

令和 4 年 10 月 1 日提出

受付日付印

上記のとおり健康保険被保険者証の再交付申請書を提出いたします。
 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失またはき損することのないようにいたします。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。
 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--