

健康保険 被保険者証 滅失・き損 再交付申請書

常務理事	事務長	係	担当者

① 記 号		番 号		②被保険者の氏名	
③生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日生				
④被保険者の住所					
⑤該当者の氏名		⑥生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		

(ア) 事業所の名称	
(イ) 所在地	
(ウ) 資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日

⑦被保険者証を滅失した理由 (始末書添付)	
⑧上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。 なお、滅失した保険証を発見したときはただちに返納します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 岐阜県プラスチック事業健康保険組合 様	
⑨ 事業主の証明 当事業所の被保険者.....は健康保険被保険者証を{き損・滅失・無余白}のため再発行を申請するものに相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 事業主 住所 氏名	

記入上の注意

一、事業主の証明は退職している場合は不用です。

二、き損、又は無余白で再交付申請のときは「き損、又は無余白」となった被保険者証を添付して下さい。