

(秘密)

任意継続、特例退職用

健康保険 被保険者証 再交付申請書

常務理事	事務長	担当
------	-----	----

紛失 き損

注:紛失の場合、必ず警察に届けてください

証記号	証番号	被保険者氏名	性別	被保険者生年月日
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日
事業所(会社)名称		ロケ(略号)	所属	ツール or 外線

再交付を申請する対象者	カナ		性別	生年月日	続柄 (例:本人)
	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	
	カナ		性別	生年月日	続柄
	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	
	カナ		性別	生年月日	続柄
	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	
	カナ		性別	生年月日	続柄
	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 年 月 日	

申請の理由	<紛失・き損した日時> 令和 年 月 日	<場所>	<警察届出日> 令和 年 月 日
	<状況を詳しくご記入下さい>		

上記理由につき、再交付を申請します。

今後は取扱いに十分注意いたします。
紛失の場合、後日被保険者証を発見した際は、直ちに返却いたします。
なお、紛失した証が万一不正に使用された場合、一切の責任は私が負います。

※住所変更の際は、
上からシールを添付
する等、自身でご対応
下さい。

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名

* 自署の場合は押印不要

印

オムロン健康保険組合理事長 様

事業主証明

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提出します。
なお、今後は被保険者証を紛失またはき損することのないよう十分指導いたします。

令和 年 月 日

事業主 住所

氏名

印