

(秘密)

任意継続、特例退職用

常務理事

事務長

担当

健康保険 被保険者証 再交付申請書

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 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
事業所(会社)名称		ロケ(略号)	所属	トールor外線	
再交付を申請する対象者	カナ		性別	生年月日	
	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
	カナ		性別	生年月日	
	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	年 月 日
	カナ		性別	生年月日	
	(姓)	(名)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	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。			※住所変更には本申請は不要です。 上からシールを貼付する等、 自身でご対応下さい。		
今後は取扱いに十分注意いたします。 紛失の場合、後日発見した際は直ちに返却いたします。 紛失した証が万一不正に使用された場合は一切の責任を負います。 令和 年 月 日 被保険者 住所 氏名					

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
---	---