（秘密）

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
（どちらかにチェックしてください）

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
			○ 男 ○ 女	○ 昭 ○ 平　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	続柄（例：本人）
	（姓）	（名）	○ 男 ○ 女	○ 昭 ○ 平 ○ 令　年　月　日	
	カナ		性別	生年月日	続柄（例：本人）
	（姓）	（名）	○ 男 ○ 女	○ 昭 ○ 平 ○ 令　年　月　日	
	カナ		性別	生年月日	続柄（例：本人）
	（姓）	（名）	○ 男 ○ 女	○ 昭 ○ 平 ○ 令　年　月　日	
	カナ		性別	生年月日	続柄（例：本人）
	（姓）	（名）	○ 男 ○ 女	○ 昭 ○ 平 ○ 令　年　月　日	

申請の理由	＜紛失・き損した日時＞	＜場所＞	＜警察届出日＞
	令和　年　月　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。

※住所変更に本申請は不要です。
上からシールを貼付する等、
自身でご対応下さい。

令和　年　月　日

被保険者　住所

氏名　　印

事業主確認欄	※本人押印省略時の事業主確認 この届出については、申請者本人が作成したものである。
□	

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