

健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係	再交付年月日
					年 月 日

被保険者証の		被 保 険 者 氏 名	生年月日		
記号	番号		昭 平	年	月 日
住所	〒 - -				電話 - -

再交付が必要な方	氏名	生年月日	続柄	再交付の原因
		昭 平 令	年 月 日	滅失 き損 その他
	氏名	生年月日	続柄	再交付の原因
		昭 平 令	年 月 日	滅失 き損 その他

再交付の原因が「滅失」や「その他」の場合は詳細な理由をご記入ください。

上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。
証紛失にて不正使用された場合、療養費に関しては一切自己の責任をとり、貴組合にはご迷惑はおかけいたしません。

令和 年 月 日

西日本パッケージング健康保険組合 様

被保険者氏名

【事業主証明】

上記の申請について事実相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

西日本パッケージング健康保険組合 様

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

※き損の場合は、旧被保険者証を必ず添付してください。
※この届書のためにご提供いただきました個人情報は、上記の目的で使用させていただきます。
当該目的以外で使用することはありません。

個人番号（被保険者証の記号・番号を記入した場合は、不要です）									