

決議 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者証 (高齢受給者証) 再交付申請書

交付をうけていた証			被保険者 氏 名	印	
記号		番号			
対象者氏名				対象者氏名	
対象者氏名				対象者氏名	
対象者氏名				対象者氏名	
<再交付の事由をくわしく書いて下さい。>					
					所属長印
被保険者証（高齢受給者証）発見のときの誓約事項		上に記載したとおり被保険者証（高齢受給者証）を滅失しましたが、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。			
事業主証明	被保険者よりこの再交付申請書が提出されましたが、上記のとおり相違ないことを証明します。				
	年 月 日				
	適用事業所				
		名称			担当部署 責任者印
<p>この再交付申請書は証をなくしたり、き損等により、証の再交付をもとめる場合に提出して下さい。</p> <p>尚、き損のときは、その証を添付して下さい。</p> <p>万一、盗難等に遭われたときは、警察等にお届け下さい。</p>					健保組合 受付印