

りそな健康保険組合 御中

健康保険被保険者証 き損再交付申請書

被保険者証の 記号と番号		被保険者の 氏名と印			印
性別	男 ・ 女		生年月日	年 月 日生	
被保険者の 現住所	〒 -				
再交付を 申請する 被保険者証 1, 2いずれか、 または両方を ○で囲んでください。	1	被保険者（本人）分			
	2	被扶養者（家族）分 ※再交付を申請する被扶養者について下欄に記入してください。			
		氏名	性別	生年月日	続柄
			男 ・ 女	年 月 日	
			男 ・ 女	年 月 日	
		男 ・ 女	年 月 日		
被保険者証を き損した理由					
備考					
事業所 所在地 名称 事業主 氏名	上記のとおり被保険者から被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。				(役印)
総務担当者氏名 および連絡先	電話				

※ き損した被保険者証を添付すること。

※ 被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

【健保使用欄】

年 月 日		
常務理事	検印	担当者