|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 健康保険 被保険者証 | 滅 失  き 損 | 再交付申請書 |

農林中央金庫健康保険組合 理事長殿 　　※ この申請書は**事業主を経由して**提出してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 決　裁　日 | 入 力 |
|  |  |  |  |  |

決 裁 伺

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者証の記号 | | | | | 被保険者証の番号 | | | | | | | | | 被 保 険 者 の 氏 名 | | | | | | | | | 生 年 月 日 | | | | | | | 再交付の原因  (○で囲む) | | | | | | 資格取得年月日 | | | | | | | | | | |
| (右づめ) | | | | | (右づめ) | | | | | | | | | (氏) | | | | | (名) | | |  | 昭･平･令 |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 滅 失  き 　損 | | | | | | 昭･平･令 | | |  | 年 | |  | | 月 |  | 日 |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | |  | |  | | | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |
| 被保険者の住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者証再交付対象者(○で囲む) | | | | | | | | | | 備 考 | | | | | | | | | | | | | | |
| 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 本 人  被扶養者(氏名等は下欄に記入) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証の再交付が  必要な被扶養者の氏名 | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | 続柄 | | 被保険者証の再交付が  必要な被扶養者の氏名 | | | | | | | | 生 年 月 日 | | | | | | | | | | | | 続柄 | | | |
| (氏) | | | | (名) | | | | | | | 昭平令 | |  | | 年 |  | 月 |  | | 日 |  | | (氏) | | | | (名) | | | | 昭平令 |  | | 年 |  | | 月 |  | | | 日 | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | |  | |  |  |  |  | |  |  | | | |  | | | |  | |  |  | |  |  | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | 昭平令 | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | | |  | | | | 昭平令 |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | 昭平令 | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | | |  | | | | 昭平令 |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | | | |
|  | | | |  | | | | | | | 昭平令 | |  | |  |  |  |  | |  |  | |  | | | |  | | | | 昭平令 |  | |  |  | |  |  | | |  | |  | | | |

　　年　　月　　日提出

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。  なお、今後は健康保険被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。 | | |  | 〔記入の方法〕  1．標題の「滅失」「き損」の該当する文字を○印で囲むこと。  2．続柄欄は、被保険者との続柄を、「妻」、「実母」、「長男」、「長女」、「祖父」、「養父母」などとくわしく記入すること。  〔この届出書に添付して提出するもの〕  受付印  ・健康保険被保険者証を滅失したための再交付申請の際は、  「被保険者証滅失届」  ・き損のための再交付申請の際は、  「き損した健康保険被保険者証」 |
| 事業所所在地  事業所名称  事業主氏名 | 〒 |  |  |
| （電 話） | （　　　―　　　　―　　　　） |

※任意継続・特例退職被保険者が、再交付を申請する場合には本人確認書類（運転免許証、パスポート、住民票などの写し）を必ず添付願います。

（第二種　Ｈ10）2022.7