

特退・任継用

健康保険被保険者証再交付申請書

健保 決裁 欄	常務理事	所 属 長	主担者	係 員

被 保 険 者 記 入 欄	証記号	証 番 号	被 保 険 者 氏 名		性 別	被 保 険 者 生 年 月 日			* 健保 記入欄
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月	
	住 所					電 話 番 号			
	〒					自宅 () - 携帯 () -			
	再 交 付 の 申 請 を す る 対 象 者	フリガナ		性 別	生 年 月 日			続 柄	再交付を希望する理由 (滅失またはき損にチェックを入れ、 状況や理由等を詳しくご記入下さい)
		氏 名							
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平				<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平				
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平				
				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平					
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平					
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平						
<p>上記のとおり再交付願います。</p> <p>今後は被保険者証の取扱いに十分注意いたします。 被保険者証滅失での申請の場合、滅失した被保険者証を発見した際は健保へ返却いたします。 また、医療費等において不正使用が発覚した場合は健保へすみやかに連絡いたします。</p> <p>パナソニック健康保険組合理事長 殿</p> <p>平成 年 月 日 被保険者氏名 (自署)</p>									

※再交付を希望する方の、本人確認書類（運転免許証、パスポート、住民票などの写し）を添付願います。