

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	
	91 または92	1 2 3 4 5 6 7	健 保 太 郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 40年 9月 1日				
	住所					電話番号				
	〒000 - 0000 大阪府守口市〇〇町 1丁目△-△					自宅 ( 06 ) 6992 - 〇〇〇〇 携帯 ( 090 ) 6992 - △△△△				
	再 交 付 の 申 請 を す る 対 象 者	フリガナ 氏 名		性別	生年月日			続柄	再交付を希望する理由 (減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)	
		ケンボ	ヤスミ		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	4 2			5
		ケンボ	ヤスオ	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭 <input checked="" type="checkbox"/> 平	4	1 2	1 1	<input checked="" type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損  引っ越しの時、荷物に紛れ、 探したのですが、見つかり ませんでした。	
				<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。</p> <p>被保険者証減失での申請の場合、減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。</p> <p>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 28 年 4 月 1 日 被保険者氏名 (自署) 健 保 太 郎</p>										

必ず自署願います

※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。——>

必ず添付願います