



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	担当者	係員

滅失 き損

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 日			
	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 (滅失した場所やき損させた理由等 を詳しくご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 0 置場所 <input type="checkbox"/> 1 外出 <input type="checkbox"/> 2 掃除 <input type="checkbox"/> 3 引越 <input type="checkbox"/> 4 医療機関 <input type="checkbox"/> 5 盗難 <input type="checkbox"/> 6 破損 <input type="checkbox"/> 7 郵送 <input type="checkbox"/> 8 天災 <input type="checkbox"/> 9 その他
					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 昭					
			<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 平							
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 昭							
			<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 平							
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 昭							
			<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 平							
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 昭							
	<input type="checkbox"/> 女 <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。</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>平成 年 月 日 被保険者氏名 (自署)</p>										

パナソニック健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

事業所所在地 〒 -

名 称

事業主氏名

(電 話) - -

上記の通り、被保険者から被保険者証の再交付の申請がありましたので提出します。
同時に、被保険者証の滅失またはき損した事に相違ないことを証明します。
なお今後、被保険者証の取り扱いに十分注意するよう指導します。

事業所コード

()

事業 所用	責任者	担当者

受付日付印



健康保険被保険者証再交付申請書

滅失 き損

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 日			
	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 (滅失した場所やき損させた理由等 を詳しくご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 0 置場所 <input type="checkbox"/> 1 外出 <input type="checkbox"/> 2 掃除 <input type="checkbox"/> 3 引越 <input type="checkbox"/> 4 医療機関 <input type="checkbox"/> 5 盗難 <input type="checkbox"/> 6 破損 <input type="checkbox"/> 7 郵送 <input type="checkbox"/> 8 天災 <input type="checkbox"/> 9 その他
		氏名								
				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭					
				<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平					
				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭					
				<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平					
				<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 昭					
				<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平					
<p>上記のとおり再交付願います。 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>平成 年 月 日 被保険者氏名 (自署)</p>										

パナソニック健康保険組合理事長 殿

平成 年 月 日

事業所所在地 〒 -

名 称

事業主氏名

(電 話) - -

上記の通り、被保険者から被保険者証の再交付の申請がありましたので提出します。
同時に、被保険者証の滅失またはき損した事に相違ないことを証明します。
なお今後、被保険者証の取り扱いに十分注意するよう指導します。

事業所コード

()

事業 所用	責任者	担当者

受付日付印