

健康保険被保険者証（兼高齢受給者証） 再交付申請書

以下の太枠の中を記入してください。

被保険者証の			被保険者の氏名（自署または印）	被保険者の生年月日
記号		番号	印	昭和・平成 年 月 日

再交付申請の対象となる者				
氏名	生年月日	性別	続柄	
再交付の原因 (該当するものに○を付けてください)	交付を要する理由（紛失の場合のみ）			
①	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	続柄
	1. 紛失 2. き損 3. 無余白 4. その他 ()	理由(いつ・どこで・どのようになど)を具体的に記入してください 盗難の場合：警察への届出 していない・令和 年 月 日届出済み		
②	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	続柄
	1. 紛失 2. き損 3. 無余白 4. その他 ()	理由(いつ・どこで・どのようになど)を具体的に記入してください 盗難の場合：警察への届出 していない・令和 年 月 日届出済み		
③	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	続柄
	1. 紛失 2. き損 3. 無余白 4. その他 ()	理由(いつ・どこで・どのようになど)を具体的に記入してください 盗難の場合：警察への届出 していない・令和 年 月 日届出済み		
④	氏名	昭和・平成・令和 年 月 日	男・女	続柄
	1. 紛失 2. き損 3. 無余白 4. その他 ()	理由(いつ・どこで・どのようになど)を具体的に記入してください 盗難の場合：警察への届出 していない・令和 年 月 日届出済み		

※紛失以外は、保険証を添付してください。

※保険証が見つかった場合は、その旧の保険証をすみやかに健保組合へ返却してください。

オークマ健康保険組合 理事長殿

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、届出いたします。
なお、今後は被保険者証を紛失またはき損することのないよう十分指導いたします。

(事業主が証明するところ)

令和 年 月 日提出
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名 印

健保受付年月日	健保入力年月日	徴収金額・徴収年月日	理事長	常務理事	事務長	担当者
		円 年 月 日				

オークマ健康保険組合