

健康保険被保険者証(カード型)再交付申請書

常務理事	事務長	係長	担当者

記号	番号	被保険者の氏名	性別	生	年	月	日	資格取得年	月	日	
			男・女	昭・平	年	月	日	昭・平・令	年	月	日
被保険者の住所								TEL			
〒											
再交付を申請する理由	イ. 紛失 ① 紛失した日 令和 年 月 日 ② 紛失した状況(詳しく書いてください。)		申請の対象となる被扶養者	氏名	続柄	性別	生	年	月	日	
						男・女	昭・平・令	年	月	日	
						男・女	昭・平・令	年	月	日	
						男・女	昭・平・令	年	月	日	
	再交付の必要な方を、右の番号から選んでください。	1. 被保険者用(本人) 2. 被扶養者用(家族) 3. 両方				男・女	昭・平・令	年	月	日	

上記のとおり被保険者証を紛失・毀損しましたから再交付していただきますよう申請します。
なお、今後はこのようなことのないように被保険者証の保管・使用については十分注意し、
紛失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納し不正に使用されることのないように
注意します。
万一紛失しました被保険者証が不正に使用された場合は、私が一切の責任を負います。

被保険者氏名

㊞

令和 年 月 日提出

上記のとおり、被保険者証を紛失・毀損したことを確認しました。	
所在地	㊞
事業所名称	
事業主氏名	

京都府農協健康保険組合理事長 殿