

健康保険証再交付申請書

| | | |
|------|-----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 担当 |
| | | |

太枠内をご記入ください。

| | | | |
|----|----|------|----|
| 記号 | 番号 | 事業所名 | 所属 |
| | | | |

| | | | | |
|-----|-----------------------------|--------|----------|-------|
| 該当者 | いずれかに○をつけてください 本人 ・ 被扶養者 | ふりがな | 生 年 月 日 | |
| | | 被保険者氏名 | 昭和 平成 | 年 月 日 |

該当者が被扶養者の場合ご記入ください。↓

| | | | | | |
|------|----|----------------|------|----|----------------|
| ふりがな | 続柄 | 生 年 月 日 | ふりがな | 続柄 | 生 年 月 日 |
| 氏名 | | 昭和 平成 年 月 日 | 氏名 | | 昭和 平成 年 月 日 |
| ふりがな | 続柄 | 生 年 月 日 | ふりがな | 続柄 | 生 年 月 日 |
| 氏名 | | 昭和 平成 年 月 日 | 氏名 | | 昭和 平成 年 月 日 |

紛失き損年月日

年 月 日

健康保険証を紛失・盗難によりなくされた場合は、必ず警察署へ届け出てください。届出警察署及び届出年月日と受理番号を必ずご記入ください。

| | | | |
|-------|------|-------|----------|
| 届出警察署 | 受理番号 | 届出年月日 | 平成 年 月 日 |
|-------|------|-------|----------|

↓①②の該当される箇所に○をつけてください。

上記のとおり 健康保険 ① 被保険者証 ・ 限度額適用認定証 ・ 高齢受給者証
② 滅失 ・ き損 に付き再交付を申請します。

なお、健康保険証を紛失したことにより、大阪読売健康保険組合に費用が発生した場合には、私が責任を持って賠償します。また健康保険証発見の場合は直ちに返納します。

平成 年 月 日
大阪読売健康保険組合理事長殿

被保険者住所 〒 -

電話番号 - - 携帯番号 - -

氏名 (印)

き損の場合はき損された健康保険証を必ず添付してください。

H29.5月改定

| | |
|----|--|
| 備考 | |
|----|--|

| | |
|------------|---------|
| 事業主住所氏名及び印 | |
| 事業主住所 | 〒 - |
| 事業所所在地 | |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | () (印) |
| 電話 | 番 |

| | |
|----------------|-----|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | |
| | (印) |

受付日付印