被保険者証再交付申請書 / 高齢受給者証再交付申請書

被保険者証 記号・番号		本 人 家 族			85-									
被保険者（紛失された方）	氏　　名					続柄		性別		生 年 月 日				
								1. 男 2. 女		T. S. H.				
	個人番号													
								1. 男 2. 女		T. S. H.				
	個人番号													
								1. 男 2. 女		T. S. H.				
	個人番号													
再交付申請理由 （詳しく記入）														

上記のとおり再交付していただきたく申請いたします。

平成　　年　　月　　日

（〒　　－　　）　　TEL　（　　）

組合員住所
（被保険者本人）

氏　　名　　㊞

事業所名

事業主名　　㊞　TEL　（　　）

東京都薬剤師国民健康保険組合理事長　殿

決　裁	
常務理事	事務局長
平成　年　月　日	

検　印	交　付	被保険者台帳	係収受
		枚	
記事			

受付印

ご注意

一、この申請書は被保険者証を紛失、破損その他の理由で再交付をうけようとするとき提出する書類です。
二、「再交付申請理由」らんには具体的に記入して下さい。紛失の場合は紛失日時場所を明記して下さい。破損の場合はその破損した被保険者証を添付して下さい。
三、事故防止のため、再交付申請の事由が発生した場合すぐ提出して下さい。
四、太線わく内の諸事項について全部記入して下さい。

● 紛失した被保険者証が発見された時は、発見した被保険者証を組合にお返し下さい。