

東邦ガス健康保険組合理事長 殿

健保組合	常務理事	事務長		担当者

健康保険被保険者証 紛失 再交付申請書
 高齡受給者証 き 損
 (該当する文字を○で囲んで下さい。)

申請 令和 年 月 日

被保険者証 の 記号・番号	記号	番号	部・室 所 工場		グループ 課	所属 長印
			連絡先 TEL			
被 保 険 者	氏 名			生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住 所					
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	被扶養者の有無	有 (人) ・ 無		
事 業 所	名 称	株式会社				
	所 在 地					
再交付を希望する者		氏名： 続柄：				
再 交 付 を 申 請 す る 理 由	(1) き 損 (被保険者証添付) (2) 紛 失 (具体的に状況を記入)					
記 入 し て く だ さ い 。	紛失・ 盗難届	届出警察署・交番名： _____				
		届出月日： _____ 月 _____ 日 受理番号： _____				
		うえの届書に記載したとおり、被保険者証を紛失いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。 なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。				
		被保険者の氏名 _____ (印)				