

常務理事	事務長		担当
再交付年月日		令和	年 月 日

## 健康保険被保険者証再交付申請書

京都新聞健康保険組合理事長 殿

(R1.5)

① 被保険者証の 記号・番号	—		② 被保険者氏名	(氏) (名)			
③ 生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	④ 取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	⑤ 性別	男・ 女
⑥ 住所	〒 —						
⑦ 被保険者証を 滅失した時の 状況  (具体的に)	1. 発生日 令和 年 月 日 2. 場所  3. 状況						
再 交 付 対 象 者 欄	被 保 険 者 欄	⑧ (氏) 氏 名 (名)	⑨ 生 年 月 日	⑩性別	⑪ 再 交 付 の 原 因		
			上 記 に 同 じ		滅失・き損		
	被 扶 養 者	⑧ (氏) 氏 名 (名)	⑨ 昭和 平成 令和 年 月 日	⑩性別	⑪ 再 交 付 の 原 因		
	欄	(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・ 女	滅失・き損		
	(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・ 女	滅失・き損			
	(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・ 女	滅失・き損			
上記のとおり、被保険者証の再交付を申請いたします。 令和 年 月 日 今後は被保険者証の取扱い、保管について十分注意いたします。 万一滅失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 (印) なお、滅失した被保険者証を発見したときは、直ちに返納いたします。							

### 《 注意事項 》

- 滅失(紛失・遺失)の場合は、所轄警察署へ届け出てください。
- き損の場合は、必ず旧被保険者証を添付してください。

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から被保険者証再交付の申請がありましたので、提出いたします。 なお今後、被保険者証の取扱いについて十分注意するよう指導いたします。 令和 年 月 日 〒 —	
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名 (印)	
	電話番号 ( ) 番	

京都新聞健康保険組合