

任意継続保険証再交付申請書

○申請者

記入日	令和 年 月 日	健康保険証の 記号・番号	記号	80	番号	
被保険者名 氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和			
住所 連絡先	〒 - TEL () 緊急連絡先 ()					

○再交付の理由…該当するものに○をして下さい。

ア、紛失 盗られたり、 無くしたとき	(※)イ、棄損 汚したり、破っ たりしたとき	(※)ウ、無余白 住所欄等に記入がで きなくなったとき	エ、その他(下記に理由を記入)
--------------------------	------------------------------	-----------------------------------	-----------------

※イ、ウの場合は、使用できなくなった保険証を添付。

○上記のア、紛失に○をされた方は太枠内を記入してください。

紛失した保険証は	ア、本人用		イ、家族用	
紛失した理由				
紛失した年月	平成 ・ 令和	年	月頃	
紛失場所				

○紛失等した保険証に載っていた方を記入して下さい。

氏名	生年月日	性別	続柄
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	男 ・ 女	
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	男 ・ 女	
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	男 ・ 女	
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	男 ・ 女	
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	男 ・ 女	
	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日	男 ・ 女	

常務理事	事務長	マネジャー	担当