

決 定 伺	常務理事		事務長	担 当 者		備 考

災害により被災し健康保険証を紛失・き損した場合

健康保険被保険者証再交付申請書（滅失・き損）

申 請 者 （ 被 保 険 者 ）	被保険者証記号番号	記号		番号		
	被 保 険 者 氏 名					
	所 属					
	生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	

再交付を希望する証	被保険者(本人) ・ 被扶養者(家族)		
区 分	滅 失 ・ き 損		
被扶養者氏名	生 年 月 日	続 柄	備 考
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		
再交付申請の理由 (状況の詳細)			

令和 年 月 日提出

<p>事 業 主 の 証 明</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>事業主 名称</p> <p>氏名</p>	受付日付印
--	-------

レゾナック健康保険組合

健康保険証発行手数料は不要です。
後日、罹災証明または被災証明のご提出をお願いいたします。