

常務理事	業務課長	係長	係

健康保険 被保険者証(カード) 高齡受給者証

再交付申請書
(該当欄にを入れてください)

被保険者証		記号	東和銀行健康保険組合理事長 殿		
		番号	令和 年 月 日		
氏名		性別	生 年 月 日		
Ⓜ		男・女	昭和 平成 年 月 日		
住所 〒 (-)					
電話 - -					
所属事業所名			所属部店名 電話 - - 内線等()		
(何れかに○で囲んでください) *紛失・盗難の際は警察への届出をお奨めします。 滅失(紛失) 毀損(破損・汚れ・擦れ)その他 により再交付申請いたします。					
上記の経緯 { 発生日 発生場所 発生状況					
再交付する者の	氏名		続柄	生 年 月 日	
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年 月 日
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年 月 日
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年 月 日
上記の届出のとおり相違ありません					
令和 年 月 日					
事業主 所在地 名称 氏名					
Ⓜ					

【注意】 紛失以外は使用中の保険証を添付してください、紛失が発見された時は直ちに返納してください。