

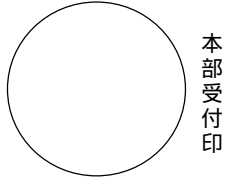
専務理事	事務局長	事務局次長	業務係長	係	支 部

再 交 付 申 請 書

被保険者証  
被保険者証兼高齢受給者証

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号							
被 保 険 者	氏 名	組 合 員 との続柄	性 別	生 年 月 日			
			男 女	昭 平 令	年	月	日
	個人番号						
			男 女	昭 平 令	年	月	日
	個人番号						
			男 女	昭 平 令	年	月	日
	個人番号						
			男 女	昭 平 令	年	月	日
個人番号							
再交付申請の理由 <small>に✓をしてください</small>	紛失 破損 汚損 毀損 盗難 焼失 その他 ( )						
再交付の理由(詳細)	具体的(いつ,どこで,どのように)に記入してください。						
誓約事項	1 紛失した被保険者証を発見した場合は、速やかに返還いたします。 2 紛失した保険証を他人が使用したため、保険医療機関より医療費等の請求があった場合は、請求額一切について責任をもって弁済いたします。 3 破れたり、汚れた被保険者証は必ず添えてください。						
上記の理由により 誓約事項を承諾の上、再交付を申請します。		乙組合員氏名					
令和 年 月 日		甲組合員氏名					
		電話番号					
名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様							

所 属 業 態 組 合 長 確 認 欄



交 付 日	確 認 欄
月 日	・ 申請内容の確認
	・

