

健康保険任意継続被保険者 滅失・き損 再交付申請書

常務理事	事務長	担当	担当

被保険者欄	被保険者証記号	被保険者証番号	氏名	生年月日	性別
	90			昭和・平成 年 月 日	男・女

再交付申請の対象者欄	氏名		生年月日	性別	続柄	滅失(き損)年月日	再交付を申請する理由(滅した理由を詳しく)
	本人			/	/	/	令和 年 月 日
家族			昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		令和 年 月 日	
			昭和・平成・令和 年 月 日	男・女		令和 年 月 日	

被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※マイナンバーを記載した場合は書留など追跡可能な方法で送付をお願いします。

上記のとおり、再交付申請を致しますが、今後は充分取扱いに注意いたします。尚、被保険者証を発見したときは、ただちに返納致します。

年 月 日 提出

エア・ウォーター健康保険組合理事長殿

被保険者の住所 _____

氏名 _____