

常務理事	事務長	課長	係長	係

新潟県農業団体健康保険組合 御中

健康保険 被保険者証 滅失届・再交付申請書

令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	記号		番号			
被保険者の 氏名	被保険者の 生年月日		<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	年 月 日	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
被保険者 住所	〒					
現在勤務 している 事業所	名称					
	所在地					
	資格取得 年月日	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年 月 日			
再交付を (どちらか を選択してください)	<input type="radio"/> 希望する <input type="radio"/> 希望しない		資格喪失で被保険者証を 紛失の場合は右の喪失年 月日を記入してください。	資格喪失年月日	年 月 日	
再交付枚数	再交付するのは 枚		(家族氏名) 被保険者本人証分・被扶養者分 (家族氏名) (家族氏名)			
再交付申請の 理由	<input type="radio"/> 盗難 <input type="radio"/> 紛失		滅失の日時、及び事情をくわしく記入してください。 月 日			
該当するものを 選択してください	<input type="radio"/> き損 <input type="radio"/> その他 ()					

* き損の場合は、被保険者証を添付してください。

上の届出に記載したとおり、被保険者証を紛失いたしました。今後は充分に取扱いに注意いたします。
なお、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

氏名

以上のとおり相違ないことを証明します。

受付印

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名