

東邦ガス健康保険組合理事長 殿

健保組合	常務理事	理 事	事務長	主 務 者

健康保険被保険者証 紛失 再交付申請書  
 高齡受給者証 損  
 (該当する文字を○で囲んで下さい。)

申請 平成 年 月 日

被保険者証 の 記号・番号	記号	番 号	部・室 所 工場	グループ 課	所 属 長 印
			連絡先 TEL		
被 保 険 者	氏 名		生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
	住 所				
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	被扶養者の有無	有 ( 人 ) ・ 無	
事 業 所	名 称	株 式 会 社			
	所 在 地				
再交付を希望する者		氏名： 続柄：			
再 交 付 を 申 請 す る 理 由	(1) き 損 (被保険者証添付) (2) 紛 失 (具体的に状況を記入)				
記 入 し て く だ さ い 。	紛失・ 盗難届	届出警察署・交番名： 届出月日： 月 日 受理番号：			
		うえの届書に記載したとおり、被保険者証を紛失いたしました。今後は十分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。  被保険者の氏名 <span style="float: right;">Ⓜ</span>			