

提出先	HR Planning部→健保組合
添付書類等	<input type="checkbox"/> 滅失の場合 警察届出の受理番号 <input type="checkbox"/> き損の場合 保険証

		受付担当

健保組合使用欄

前回交付年月日	年 月 日
旧保険証添付	有 ・ 無

PayPayカード健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

健康保険被保険者証再交付願

下記のとおり被保険者証の再交付をお願いいたします。

被 保 険 者	記号・番号										氏 名		
	5	9									-		(フリガナ)
住所	〒										所属部署		

再 交 付 対 象 者	氏名		性別	続柄	生年月日	
	(フリガナ)		男		昭和	年 月 日
			女		平成	年 月 日
					令和	
	再交付の理由	滅失 ・ き損				
届出の理由	※必ずご記入ください。特に滅失の場合はできるだけ詳しくご記入ください。					
警察届出内容 (滅失の場合のみ)	届出日時	令和 年 月 日 (時 分頃)				
	警察署名			受理番号		

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受付印日付