

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) ケンポ タロウ	
									健保 太郎	
住 所	〒 △ △ △ - □ □ □ □							所属部署		
	福岡県福岡市博多区○○町○丁目△△番□□号							○○センター		

再 交 付 対 象 者	氏名		性別	続柄	生年月日
	(フリガナ) ケンポ ハナコ		男		昭和
	健保 花子		女		平成 60年12月5日
	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。 外食したときに、保険証の入った財布を置き忘れ、財布ごと紛失してしまった。		
	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	○△□警察署	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