

決 裁	常務理事	事務局長	検印	係
	年 月 日			

被 保 険 者 証 再 交 付 申 請 書				
被保険者証 記号 番号	7 3 -		番	協力員 検 印
	氏 名	組 合 員 との続柄	性別	生 年 月 日
組合員		本 人	男・女	昭・平・令 年 月 日
家			男・女	昭・平・令 年 月 日
			男・女	昭・平・令 年 月 日
			男・女	昭・平・令 年 月 日
族			男・女	昭・平・令 年 月 日
			男・女	昭・平・令 年 月 日
再 交 付 の 理 由 (○で囲んで下さい)		1. 紛失 2. 破損 3. 盗難 (年 月 日) 4. その他 ()		
<p>上記の通り申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒 TEL ()</p> <p>組合員 住所</p> <p>氏名 印</p> <p>東京理容国民健康保険組合理事長 殿</p>				
誓 約 書				
<p>今般 被保険者証の再交付申請にあたり紛失せる被保険者証において診療費等の事故が発生した場合は貴組合に一切の負担を掛けない事を誓約いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>組合員氏名 印</p>				

本届出書と共に住民票（世帯全員のもの）を提出してください。

処理欄	被保険者台帳	再交付年月日	受付月日