|  |  |
| --- | --- |
|  | **コスモエネルギーグループ健康保険組合** |
| 健康保険被保険者証 | 滅　失き　損 | 再交付申請書 | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |  |  |
|
|  | 事業所担当者印 |   |
| 事業所コード |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | ①　健康保険被保険者証の記号・番号 | ア　　　　被　　保　　険　　者　　の　　氏　　名 | ②　　被保険者の生年月日 | イ 性 別 | ③　　再　交　付　の　原　因 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (氏) | (名) | 昭和平成 | 年 月 日 | 男・女 | 滅失 ・ き損 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | ウ　資格取得年月日 | エ　　　　　　　被　　保　　険　　者　　の　　住　　所 | 被保険者証の送付先を選択ください（宛先は被保険者名となります） |
|  |  | 昭和・平成・令和 |  | 〒　　　　－住　所会社宛ての場合は記入会社名　　　　　　　　　　　　　　　部署名 |
|  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  | オ　　 再交付対象者の氏名 | カ　　　生　　年　　月　　日 | キ性別 | ク 続柄 | オ　　再交付対象者の氏名 | カ　　　生　　年　　月　　日 | キ性別 | ク 続柄 |
|  |  | (氏) | (名) | 明治大正昭和平成 |  |  |  |  |  |  | 男・女 |  | (氏) | (名) | 明治大正昭和平成 |  | 男・女 |  |
|  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  | (氏) | (名) | 明治大正昭和平成 |  |  |  |  |  |  | 男・女 |  | (氏) | (名) | 明治大正昭和平成 |  | 男・女 |  |
|  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  | (氏) | (名) | 明治大正昭和平成 |  |  |  |  |  |  | 男・女 |  | (氏) | (名) | 明治大正昭和平成 |  | 男・女 |  |
|  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  | (氏) | (名) | 明治大正昭和平成 |  |  |  |  |  |  | 男・女 |  | (氏) | (名) | 明治大正昭和平成 |  | 男・女 |  |
|  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  | 滅失者の過失による再交付の場合は、返信用封筒に郵送用切手（４１４円）を同封してください。 |
|  |  | 上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。なお、今後は健康保険被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。 | 年　　　　月　　　　日提出 |  |  |
|  |  | 事業所所在地事業所名称事業主氏名電話 | 〒　　　―　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　― |  |  |  |  |  |