㊁

1 受付　　2 受付

健保決裁欄	業務部長	業務課長	本所　確認者・担当者	所長専決	事務所 受付・審査
本所電算入力日	平成　年　月　日		入力者		

健康保険被保険者証 滅失 毀損 その他 再交付申請書

PP	ID

被保険者証の	記号		被保険者氏名	㊞	男・女
	番号		生年月日	昭・平　年　月　日	
被保険者の住所	〒				
事業所名		任意継続被保険者　・　特例退職被保険者			
資格取得年月日	昭・平　年　月　日		資格喪失年月日	平成　年　月　日	
被扶養者用の再交付を受けるときは	被扶養者の氏名		続柄		
被保険者証を滅失または毀損した事由	（日時）① 平成　年　月　日　午前・午後　時頃　② 不明 （場所）①　② 不明 （事由）				
始末書（滅失または毀損した事由）	なお、今後被保険者証の管理には十分注意すると共に保険証を発見したときには直ちに返納します。				
	長野県農業協同組合健康保険組合理事長　殿 平成　年　月　日 ㊞ 氏　名				

※申請書への本人の押印は、氏名を自ら署名した場合には不要とし、本人の自署以外の場合は押印を必要といたします。
※クレジット機能付の保険証を再交付する場合は、「健康保険被保険者証カード（クレジット機能付）追加・変更・退会届」を一緒に提出して下さい。