

|          |        |
|----------|--------|
| 前回交付年月日  | 年 月 日  |
| 旧被保険者証添付 | 有<br>無 |

|      |      |     |     |     |   |
|------|------|-----|-----|-----|---|
| 常務理事 | 事務局長 | 部 長 | 課 長 | 係 長 | 係 |
|      |      |     |     |     |   |

## 健康保険被保険者証再交付願

令和 年 月 日

測量地質健康保険組合理事長 殿

【被保険者証】記号 番号

【被保険者住所】〒

【被保険者氏名】

下記のとおり被保険者証 滅失・毀損 によりお届けしますので再交付をお願いします。

| 再交付希望者の |                   |     | 届出の事由                          |
|---------|-------------------|-----|--------------------------------|
| 氏 名     | 生 年 月 日           | 続 柄 | (滅失・毀損した状況等をできるだけ詳しく記入してください。) |
|         | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |     |                                |
|         | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |     |                                |
|         | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |     |                                |
|         | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |     |                                |
| 備 考 欄   |                   |     |                                |

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

※申請書に被保険者証の記号・番号を記入せず、備考欄にマイナンバーを記入した場合、「個人番号カードの写(両面)」又は「個人番号通知カード又は個人番号が付記された住民票」と「本人を確認できる書類(運転免許証又はパスポート等)の写」の添付が必要となります。

|                   |
|-------------------|
| 上記の届出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             |
| 電話番号              |

受付日付印

※『健康保険被保険者証滅失届』の提出は必要ありません。

※任意継続被保険者の方は被保険者の運転免許証(写)・パスポート(写)・住民票(写)のうちいずれか1つを添付してください。

測量地質健康保険組合