

保険証再交付の申請をしたいとき（滅失・棄損など）

被保険者情報	被保険者証の(左づめ)	記号(1か2か3)	番号(保険者番号06270748ではありません)	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			

再交付が必要な方	再交付を申請する被保険者証	(該当するものに○をつけてください) 1. 被保険者証 2. 高齢受給者証						
	再交付の理由	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> その他	滅失の場合は詳しく記入					
	氏名		続柄		生年月日	年	月	日
	氏名		続柄		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名		続柄		生年月日	年	月	日

年 月 日 提出

(滅失の場合は記入)

上記の記載どおり、被保険者証を紛失したことに相違ありません。  
今後、このようなことがないようにその扱いについては十分注意致しますので、再交付をお願い致します。  
なお、紛失した保険証を発見したときは直ちに返納いたします。

年 月 日 被保険者氏名

事業主証明欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は被保険者証及び高齢受給者証を滅失、又は棄損することのないよう、本人に十分指導致します。		
	事業所所在地		年 月 日
	事業所名称		

事業主名	TEL ( )
------	---------

※任意継続被保険者の方は、事業主欄の証明は不要です。

※提出先 (大阪ガス) 人事部人事サービスチーム  
(関係会社) 各事業所 人事総務  
(任意継続) 大阪ガス健康保険組合

※当帳票の内容については、健康保険業務以外の目的には使用しません。

大阪ガス健康保険組合
------------

受付日付印
-------