

| | | | | | |
|------------------|-----------------------|-------------------|----------------|---|-------------|
| 被保険者情報 | 被保険者証の (右つめ) | 記号 1 2 5 0 | 番号 9 9 9 9 | 生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 6 0 0 8 0 2 |
| | 氏名 | (フリガナ) ケンポ タロウ | 健保 太郎 | | |
| | 住所 | (〒 350 - 0001) | 埼玉県 川越市〇〇1-1-1 | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 090 (0001) 0001 | | | | |

| チェック欄 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 再交付の理由 | |
|-------------------------------------|------------------------|---|-------|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | 被保険者(本人)分 | | | <input type="checkbox"/> 滅失 <input checked="" type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 | |
| 再交付が必要な方 (被扶養者の被保険者証が) | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| 備考 | 引き出しに引っ掛かり無理に取り出したら割れた | | | | |

上記のとおり、被保険者証の再交付について、申請します。

令和 1 年 5 月 9 日

| | | | |
|------|--------|-------------------------------------|-------------------------------|
| 事業主欄 | 事業所所在地 | (〒 111 - 1111) 埼玉県〇〇市〇〇〇1-23-45 | ※任意継続被保険者の方は 事業主欄の記入は不要です。 |
| | 事業所名称 | 〇〇〇〇信用金庫 | |
| | 事業主氏名 | 理事長 〇〇 〇〇〇 | |
| | 電話 | 03 (1234) 5678 | |

| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 担当者 |
|------|-----|----|-----|
| | | | |

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄