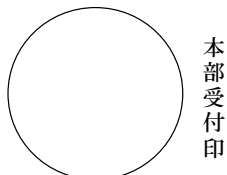


専務理事	事務局長	事務局次長	業務係長	係	支 部

## 再 交 付 申 請 書

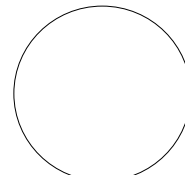
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号			
被 保 険 者	氏 名	組 合 員 との続柄	生 年 月 日
			昭 平 令      年      月      日
	個 人 番 号		
			昭 平 令      年      月      日
	個 人 番 号		
			昭 平 令      年      月      日
	個 人 番 号		
			昭 平 令      年      月      日
個 人 番 号			
再交付申請の理由 <small>□に√をしてください</small>		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 焼失 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	
再交付の理由(詳細)		<small>具体的 (いつ,どこで,どのように)に記入してください。</small>	
誓約事項	1 紛失した被保険者証または資格確認書を発見した場合は、速やかに返還いたします。 2 紛失した被保険者証または資格確認書を他人が使用したため、保険医療機関より医療費等の請求があった場合は、請求額一切について責任をもって弁済いたします。 3 破れたり、汚れた被保険者証または資格確認書は必ず添えてください。		
上記の理由により 誓約事項を承諾の上、再交付を申請します。			
令和      年      月      日	乙組合員氏名		
	甲組合員氏名		
	電 話 番 号		
名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様			

所 属 業 態 組 合 長 確 認 欄



本 部 受 付 印

交 付 日	確 認 欄
月      日	<input type="checkbox"/> 申請内容の確認 <input type="checkbox"/>



支 部 受 付 印