

常務理事		担当者

## 健康保険 被保険者及び被扶養者 カード再発行申請書

被保険者氏名	印	性別	男・女	生年月日	年 月 日
被保険者住所	〒 —			電話番号	
健康保険カードの記号番号	—				

(再発行を希望される被保険者及び被扶養者を記入して下さい。)

No.	氏名	生年月日	性別	続柄	紛失理由
1					
2					
3					
4					
5					

上記の通り、被保険者が再発行を申請した事を証明するとともに、失ったカードによる事故が生じた場合には、本人と連帯して一切の責任を負うことを誓約いたします。

P & Gグループ健康保険組合 殿

年 月 日

〒

事業主名 \_\_\_\_\_ 印