

被保険者証再交付願

常務理事	担 当	担 当	担 当

※ 決 定	令和 年 月 日	資格取得日	年 月 日
前回交付日	年 月 日	再交付日	令和 年 月 日

【申請者記入欄】

記号番号	1 - 9999	事業所名	(株)ゴールドウイン		所属名	健保事業部	
被保険者氏名	健保 太郎						
再交付の対象者	☒ 被保険者（本人）	対象者が被保険者の場合はこの欄に記入してください					再交付の原因
	被扶養者（家族）	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	再交付の原因	
		年 月 日	男・女		滅失 ・ 毀損		
		年 月 日	男・女		滅失 ・ 毀損		
滅失・盗難の場合	滅失日時	令和 1 年 7 月 10 日 8 時			滅失場所	電車内	
	状 況	○×線の電車内に鞆を置き忘れ、その中に保険証が入っていました。					
	処 理	駅と警察に遺失物の届出をしました。					
	現 状	捨得の届出なく、見つかりません。					
毀 損 の 場 合		旧 被 保 険 者 証 添 付 （ 有 ・ 無 ）					
上記のとおり再交付を願います							
ゴールドウイン健康保険組合 理事長殿		住所 〒 933 - 9999 富山県高岡市健保町1-1		被保険者 氏名 健保 太郎			

上記の届け出のとおり相違ありません
令和 年 月 日
事業主

受	
付	
印	

ゴールドウイン健康保険組合

請求要否	請求書発行日	常務理事	担 当	入金確認日	常務理事	担 当
要 ・ 不要	月 日			月 日		