様式4-9

支部受付印	

決裁欄	理事長	専務理事	事務局長	係長	係

本部受付印	

被保険者証再交付申請書

再交付年月日
年　月　日

全国板金業国民健康保険組合理事長　殿

■ 太枠の中を漏れなく記入してください。

下記のとおり申請します。

申請年月日	記号	番号	組合員氏名	フリガナ
年　月　日	92-			㊞

組合員住所	個人番号
〒　—　電話番号　（　）　- 都道府県	

該当者氏名	性別	組合員との続柄	生年月日	個人番号 ※組合員は省略可
フリガナ	男・女		昭・平・令 年　月　日	
フリガナ	男・女		昭・平・令 年　月　日	
フリガナ	男・女		昭・平・令 年　月　日	

再交付申請の理由	※紛失した場所や時間、状況など詳細をご記入ください。

（注）破損したり汚した被保険者証は必ずこの申請書に添付してください。

誓約書

今般私の不注意により被保険者証を紛失・破損いたしました。今後は同証を紛失・破損することのないよう十分注意いたします。
また紛失した同証を発見した場合は速やかにこれを返還いたします。

組合員氏名　㊞

※申請する時は、事業主による個人番号の確認を受けてください。

■事業主確認欄　　上記「組合員」の個人番号に誤りがないことを確認しました。

住所	〒　— 都道府県　電話番号　（　）　—		
事業所名		事業主名	㊞

2019.5