

交付決議書					
申請理由	滅失 ・ 毀損 ・ その他		常務理事	事務長	係
旧被保険者の添付	有 ・ 無				
資格取得(認定)年月日	昭和 平成 年 月 日 令和				
再交付年月日	令和 年 月 日				

【申請方法】

太枠内にご記入・ご捺印後、事業所担当者へご提出ください。(事業所担当者 → イマジカ健康保険組合)

被保険者証(カード)再交付申請書					
イマジカ健康保険組合理事長 殿 申請年月日: 令和 年 月 日 被保険者氏名: _____ (印)					
被保険者証 記号・番号	[記号]	事業所名			
	[番号]				
再交付を必要とする者の氏名		続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	
再交付の事由 (☑をつけて下さい)	<input type="checkbox"/> 紛失のため → いつ・どこで ()				
	<input type="checkbox"/> 破損, 印字が消えてしまったため → 使用出来なくなった被保険者証を添付してください				
	<input type="checkbox"/> その他 → ()				

事業主の証明する欄
上記の届出のとおり相違ありません 令和 年 月 日 【事業主】 _____ (印)

【健保組合受付印】
