

決 裁	令和	年	月	日
	理事長	担当理事	事務局長	担当者

被 保 険 者 証 再 交 付 申 請 書						
被保険者証記号		79 -		番 号		
氏 名		個人番号 (マイナンバー)		続柄	性別	生年月日
対 象 者	()				男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才)
	()				男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才)
	()				男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才)
	()				男・女	昭和 平成 令和 年 月 日 (年齢 才)
事 業 所 名 称				事 業 所 コ ー ド		
				※		
事業所所在地	〒 TEL ()					
再交付の理由	1. 紛失	2. 破損	3. 盗難	4. その他 ()		
上記のとおり申請いたします。						
令和 年 月 日						
〒 TEL ()						
組合員住所						
氏名 (自署)						
東京美容国民健康保険組合 理事長殿						

注
意
事
項

- 外出先で紛失した場合は警察に届けてください。
- 本人確認のため、**運転免許証の写し**又は**住民票等(公的な証明書)の写し**を添付してください。
- ※欄は記入しないでください。