

遠隔地被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	係長	係

被保険者証記号番号	記号		番号		被保険者	氏名		性別	男	女
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日				生年月日	昭和 平成	年 月 日		
事業所	名称					所在地				
遠隔地証を必要とする者	氏名					生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
再交付申請の詳細事由										
上記のとおり 滅失 毀損 無余白 再交付を申請します。 今後遠隔地被保険者証の保管につき充分注意すると共に遠隔地被保険者証発見のときは直ちに返納します。 令和 年 月 日 岐阜県自動車販売健康保険組合理事長 殿 住所 被保険者 氏名 ⑩										
滅失 毀損 無余白 に関する事業主の証明	上記滅失事由のとおり届出があつたが調査の結果相違ないものと認める				事業主の住所 氏名及び印	⑩				

参考事項 1. 毀損、無余白の場合は、旧遠隔地被保険者証を必ず添付してください。