

決 裁	平成	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		7 9 -		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 年 月 日 (年齢 才)
	( )				男・女	昭和 平成 年 月 日 (年齢 才)
	( )				男・女	昭和 平成 年 月 日 (年齢 才)
	( )				男・女	昭和 平成 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。						
平成 年 月 日						
〒 TEL ( )						
組 合 員 住 所						
-----						
氏 名 印						
-----						
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。
- ※印欄は記入しないでください。