資格情報のお知らせ　再交付申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 組  合  員  情  報 | 健康保険 | 記 号 | 組 合 員 番 号 | | | | | | | | |
| 公立福岡 |  |  | |  | |  |  |  |  |
| （フリガナ） |  | | | 生年月日 | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 昭和  平成 | | 年　　月　　日 | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | | |
| 都 道  府 県 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　　） |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 再交付内容 | 対象者 | １．組合員　（本人）分のみ  ２．被扶養者（家族）分のみ  ３．組合員　（本人）及び被扶養者（家族）分 | | |
| 理由 |  | | |
| 組合員 | 氏名 | 生年月日 | |
| 同上 | 同上 | |
| 被扶養者① | | | |
| （フリガナ） |  | 生年月日 | |
| 氏名 |  | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |
| 被扶養者② | | | |
| （フリガナ） |  | 生年月日 | |
| 氏名 |  | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |
| 被扶養者③ | | | |
| （フリガナ） |  | 生年月日 | |
| 氏名 |  | 昭和  平成  令和 | 年　　月　　日 |

受付日付印

※自宅へ送付を希望される場合は、下の□にチェックしてください。

組合員の住所へ送付希望