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