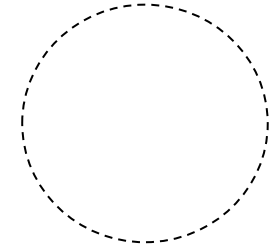


## 健康保険 被保険者証再交付申請書

		申請 年月日	年 月 日
被 保 険 者 証 の	記 号		氏 名  ( 年 月 日生)
	番 号		
所 属 事業所	(会社名) (室・部・支店(社)) (課・所)		
再交付者			
続 柄		生年 月日	年 月 日
破損したり、 または 失った理由 (くわしく)			
なお、今後は、破損するまたは失うことのないように よく注意するとともに、失った被保険者証を発見した ときには、ただちにお返しいたします。			

事 業 主 の 証 明
<p>(被保険者・被扶養者) は、健康保険被保険者証を、破損させた、または、失った旨、申し出たことを証明します。</p> <p>なお、今後は、被保険者証を破損する、または、失うことのないように各被保険者を指導します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>

受付印



※申請についての  
ご 注 意

破損したりしたための再交付申請であるときは、その被保険者証を添えること。

被保険者のマイナンバー記載欄 (記号・番号を記入した場合は記入不要)																			
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

組 合 処 理	交 付 決 定 伺	交付決定年月日	常務理事	事務長	係	係	係	処理月
		年 月 日						

(2019.5.1)