

# 健康保険被保険者証 再交付申請書

健康保険組合		
常務理事	事務長	扱者

下記の理由により、被保険者証の再交付を申請致します。  
 今後は取扱いに十分注意致します。  
 なお、紛失した保険証が見つかった場合は、旧保険証を返却致します。

※太枠線内をご記入ください。

被 保 険 者 記 入 欄	記入日	令和	年	月	日	↓被保険者氏名は手書きでお願い致します。			
	記号	番号	被保険者氏名			生年月日			
						昭和	年	月	日
						平成			
	被保険者の住所						再交付の原因		
	〒 - 都道府県						紛失 毀損 無余白 その他		
	交付対象者の氏名				生年月日		続柄		
	1				昭和 平成 令和	年	月	日	
	2				昭和 平成 令和	年	月	日	
	3				昭和 平成 令和	年	月	日	
再交付の申請理由（紛失や毀損の場合は、日付、場所等の状況を詳しく記入して下さい）									

《注意事項》

- 「毀損」「その他」の場合は、必ず健康保険被保険者証を添付して下さい。
- 紛失の場合は、念のため警察へ届出して下さい。

事 業 主 記 入 欄	工機ホールディングス健康保険組合殿
	上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので、届出致します。 なお、今後は取扱いに十分注意するよう指導致します。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称
事業主名	

受付印