

健康保険組合(承認)				事業所(本社総務)		
常務理事	事務長	主任	担当			

健康保険 被保険者証 再交付申請書(き損・裏面無余白 用)

*太枠線内を記入してください。

申請年月日	令和 年 月 日	注)き損した保険証を必ず添付してください。				
被保険者証の記号・番号(左詰めで記入)			被保険者氏名	フリガナ		
記号	番号	(氏)		(名)		
事業所名称(所属会社名)			所属所課名称			

再交付が必要な方の氏名・続柄を記入してください。

氏名	続柄	氏名	続柄
氏名	続柄	氏名	続柄

<き損の状況・理由>

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。今後は遺失・き損または盗難がないよう、十分指導いたします。

受付日付印

事業主の証明

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名