

前回交付日 年 月 日	平成 年 月 日
旧被保険者証添付	有 無
申請理由	滅失 毀損

受付 決定	平成 年 月 日		
交付決議書	平成 年 月 日		
常務理事	事務長		係
資格取得	平成 年 月 日		
再交付年月日	平成 年 月 日		

被保険者証再交付願

平成〇〇年〇〇月〇〇日

健康保険組合理事長殿

被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1
氏名 健保 太郎



下記のとおり被保険者証を 滅失 しましたので
お届け致します。再交付をお願い致します。

留意点	発行手数料として1件あたり500円を徴収することになります。			
被保険者証の 記号と番号	〇〇	事業所の 名称	株式会社〇〇〇〇	
	第 〇〇〇 号			
届出の事由	引越しの際、どこかにしまいこんで見つからなくなりました。			
再 交 付 対 象 者	氏名	性別	生 年 月 日	続 柄
	健保 太郎	男・女	明・大 昭・平 〇〇年 4月 1日	本人
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日	
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日	
		男・女	明・大 昭・平 年 月 日	

上記の届出のとおり相違ありません

平成 年 月 日

事業主

