

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 年 月 日

健康保険組合理事長殿

被保険者 住 所
氏 名 印

下記のとおり被保険者証を 滅失 いたしましたので
毀損 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	第	号	事業所の 名 称	
	届出の事由			
再 交 付 対 象 者	氏 名	性 別	生 年 月 日	続 柄
		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	
		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 印