

常務理事	事務長		担当者	再交付年月日
				平成 年 月 日 交付

被保険者証（滅失・き損）再交付申請書(届) 「カード証専用」

被 保 險 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	—	被保険者 氏 名	
	再交付申請 の対象者	① 続柄 []	② 続柄 []	
		③ 続柄 []	④ 続柄 []	
	被保険者証を滅失(き損)した年月日	平成 年 月 日		
	再交付を申請 する理由	(盗難、紛失等に気付いたときの状況等詳しくご記入ください)		
	上記のとおり申請します。き損以外の場合、再交付手数料(1枚につき500円)を給与天引き等で支払います。 (毀損の場合は、現物を添付のこと)			
	平成 年 月 日	被保険者住所 〒		
	被保険者氏名	⑤		
	社員番号 []			
事 業 主 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。			
	平成 年 月 日	事業主	所在地	
			名称	
			氏名	⑥

※ 健保組合記入欄

受付日付印

再交付手数料	必要 円 ・ 不要
--------	-----------