

# 被保険者証 滅失 毀損 再交付申請書

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

※毀損の場合は、毀損した健康保険証を添付してください。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者証の番号は、変更できませんのでご了承願います。

適用事業所名	
被保険者住所	〒
被保険者氏名	

被 保 険 者				
記号	番 号	生 年 月 日	性 別	
		5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日	1. 男 2. 女

再 交 付 対 象 者 (本人は区分欄のみ記入)				紛 失 理 由 (詳細に記入のこと)
氏 名	生 年 月 日	性 別	区 分	
	5. 昭 7. 平 9. 令	年 月 日	1. 本 人 2. 被扶養者 続柄( )	

事業所担当者

記入上の注意	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 太枠の中を記入して下さい (再交付対象者ごとに記入)</li> <li>2. 氏名は楷書でわかりやすく書いて下さい</li> <li>3. 性別・元号・区分 → 該当数字を○で囲む</li> <li>4. 被扶養者の続柄は住民票通りに記入してください。 (妻・子・母 等)</li> <li>5. 生年月日の数字が1桁の時は前に0を記入して下さい  (例) 31年7月7日 → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>7</td><td>0</td><td>7</td></tr></table></li> <li>6. ペン又はボールペンで記入して下さい (鉛筆書きは不可です)</li> <li>7. 印は朱肉印をお願いします</li> </ol>	3	1	0	7	0	7
3	1	0	7	0	7		