

健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証の 記号番号	記号	番号	資格取得年月日	年 月 日		
被保険者の氏名	フリガナ		性別	男 女	生年月日	年 月 日
住 所	〒 — — — — —		TEL	— — — — —		
紛失または 棄損した理由 (詳しく記入)	(年 月 日 _____ 警察署へ届出済)					
該 当 者 氏 名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <small>※ 該当する方の口にチェックし、被扶養者の場合は氏名を記入</small>		被扶養者氏名	被扶養者氏名		

上記の通り再交付の申請をいたします。なお、今後は紛失または棄損することのないように注意するとともに、失った被保険者証を発見したときは、直ちにそれをお返しします。

年 月 日

タカラスタンダード健康保険組合理事長 殿

被保険者氏名 _____

事 業 主 の 証 明
<p>被保険者 _____ は、健康保険被保険者証を紛失(棄損)した旨、申し出たことを証明します。</p> <p>なお、今後は、被保険者証を紛失(棄損)することのないよう被保険者を指導します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>事業所所在地 _____</p> <p>事業所名 _____</p> <p>事業主の氏名 _____</p>

※棄損したための再交付申請であるときは、その被保険者証を添えること。

受 付 印 _____

常務理事	事務長	担当者	担当者	証交付