

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	× × × × ×	所属	本社 ○○部 ○○課 TEL × × (× × × ×) × ×
被保険者の 氏名	フリガナ ケンポ タロウ 健保 太郎			性別	○男・女 生年月日 ○昭和・平成 × × 年 × 月 × 日
住所	〒 × × × - × × × × TEL × × (× × × ×) × × × 大阪府大阪市城東区鳴野東 1 - 2 - 1				
資格取得年月日	○昭和・平成・令和 × × 年 × 月 × 日				
紛失または 棄損した理由 (詳しく)	× 月 × 日、医療機関を受診した帰りに道で紛失。 (× × × × 年 × 月 × 日 城東 警察署へ届出済)				
該当者氏名	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者 ※該当する方の□にチェックし、 被扶養者の場合は氏名を記入		被扶養者氏名		被扶養者氏名
			健保 花子		

上記の通り再交付を申請します。尚、今後は紛失又は、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時は、ただちにそれをお返し致します。

× × 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 健保 太郎

事業主の証明	
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。
	尚、今後は、被保険者証を紛失する（棄損する）ことのないよう各被保険者を指導します。
	年 月 日
	事業所所在地
	事業所名
	事業主の氏名

※ 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