

記入例

前回交付年 月 日	平成 令和 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	令和 年 月 日		
交付決議書	令和 年 月 日		
常務理事	事務長		係
資格取得	昭平令 年 月 日		
再交付年月日	平令 年 月 日		

被保険者証再交付願

令和〇〇年〇〇月〇〇日

健康保険組合理事長殿

被保険者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-〇〇
氏名 健保 太郎

(健保印)

下記のとおり被保険者証を 滅失 毀損 しましたので
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	〇〇	事業所の 名称	株式会社 〇〇〇〇
	第 〇〇〇〇 号		

届出の事由 引っ越しの際、どこかにしまいこんで見つからなくなりました。

再 交 付 対 象 者	氏 名	性 別	生 年 月 日	続 柄
	健保 太郎	男・女	昭平 〇〇年 〇月 〇〇日	本人
		男・女	昭平 年 月 日	
		男・女	昭平 年 月 日	
		男・女	昭平 年 月 日	

上記の届出のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

事業主 (印)