

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 年 月 日

健康保険組合理事長殿

被保険者 住所
氏名 ㊟

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	第	号	事業所の 名称	
	届出の事由			
再 交 付 対 象 者	氏名	性別	生年月日	続柄
		男・女	昭・平 令	年月日
		男・女	昭・平 令	年月日
		男・女	昭・平 令	年月日
		男・女	昭・平 令	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 ㊟