

健康保険証 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長・主任	係

被 保 険 者	記号	番号	資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	性別	男・女	健保受付日付印	
	氏名		フリガナ	生年月日	昭和・平成 年 月 日			
	被保険者勤務地				所属長 認 印			
再交付する保険者証		1. 被保険者 2. 被扶養者 (被扶養者名: _____)						
申請の理由 (いずれかの番号を○ でかこんでください) ※破損・汚損は 保険者証を添付す ること。		1. 紛失(日時、場所、届け出た警察署等、紛失した理由を詳しく記入してください) 2. 破損・汚損						
<p>上記の通り申請します。 後日この保険証を発見した際は、ただちに 返納することを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">住所 〒 _____</p> <p style="text-align: right;">令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 被保険者 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印 電話 (_____) _____</p>								
事業主 の証明	上記の通り届出があり、調査の 結果相違ないことを証明する。		事業所の名称・所在地 事業主の氏名					印