

令和 年 月 日 起案  
令和 年 月 日 決裁  
令和 年 月 日 執行

常務理事	事務長	部長	課長	担当者

## 健康保険被保険者証再交付申請書

被 保 険 者 欄	被保険者証 の記号・番号	50	100	氏 名	連合 太郎
	生 年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	55 年 3 月 31 日		
	現 住 所	〒 530 - 0000 大阪市北区〇〇町 〇-△-□ TEL ( 06 ) 1234 - 5678			

被保険者証の再交付について、次のとおり申請いたします。

再 交 付 対 象 者 欄 ( 該 当 記 号 「 ア 」 に )	<input checked="" type="checkbox"/> ア	被保険者(本人)分	再交付の原因	
			<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 ・ <input type="checkbox"/> 毀損	
	<input checked="" type="checkbox"/> イ	被扶養者(家族)分		
		※ 下記に被保険者証を再交付する被扶養者について記入してください。		
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	再交付の原因
	(氏) 連合	(名) 花子 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 5 8 8 1 <input checked="" type="checkbox"/> 滅失 ・ <input type="checkbox"/> 毀損	
	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	再交付の原因	
	(氏) 連合	(名) 健太 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 2 4 1 0 1 <input checked="" type="checkbox"/> 滅失 ・ <input type="checkbox"/> 毀損	
	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	再交付の原因	
	(氏)	(名)	年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 滅失 ・ <input type="checkbox"/> 毀損	
<input checked="" type="checkbox"/> ( )	再交付の理由	旅行中に盗難にあったため		

事 業 主 の 証 明 欄	上記被保険者(被扶養者)は健康保険の被保険者証を滅失・毀損したことに相違ないことを証明します。
	なお、今後は被保険者証を滅失又は毀損することのないよう全被保険者に周知徹底を図ります。
	令和 4 年 4 月 1 日
	事業所所在地 大阪市北区〇町 〇-〇-〇
	事業所名称 丸紅〇×〇× 株式会社
事業主氏名 山田 〇男	
電話番号 TEL ( 06 ) 1111 - 1111	

受付日付