

健康保険被保険者証再交付申請書

| | | | | |
|------------------|----------------|---------------|----------------------|-------|
| 被 保 険 者 | 被保険者証 の記号番号 | 記号 番号 - | 資格取得 の年月日 | 年 月 日 |
| | 事業所名称 | | 所 属 | 部 課 |
| | 被保険者の氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 申請事由 | | 再交付申請 事由発生 年月日 | 年 月 日 |

| | | | | |
|--|------|---------|---------|----|
| 届出した警察署名 (又は交番名) | | 遺失届受理番号 | | |
| 紛失・ 紛失・ 毀損した 被保険者証 のみ記入 し | 氏 名 | 性別 | 生 年 月 日 | 続柄 |
| | 被保険者 | | (上記) | 本人 |
| | 被扶養者 | | 年 月 日 | |
| | 被扶養者 | | 年 月 日 | |
| | 被扶養者 | | 年 月 日 | |

注:別途作成した「始末書」を添付して下さい。

毀損した場合は、その被保険者証を必ず添付して下さい。

| | | |
|----------------------------|---|--|
| 事 業 主 の 証 明 | 紛失 上記の事実を証明します。 毀損 ____年 ____月 ____日 | 所在地 _____ 事業主 名称 _____ 氏名 _____ (印) |
|----------------------------|---|--|

上記のとおり 紛失 につき再交付を申請します。
毀損

____年 ____月 ____日 被保険者 住所
氏名 _____ (印)

日新電機健康保険組合理事長殿

決 裁 書

上記の者に被保険者証を交付してよろしいか。

| | | | | |
|------|-----|---|-----------|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 係 | 交 付 年 月 日 | 備 考 |
| | | | 年 月 日 | |