

## 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 毀損 に付き再交付を申請します。

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	