

被 保 險 者 証		健康保険被保険者証 滅失 毀損再交付申請書 無余白				常務理事	事務局長	担当者		
記 号										
番 号										
被 保 險 者	氏名				住 所					
	生年月日	年	月	日生	勤務場所 名 称	資格取得 年月日	年	月 日		
再交付申請	理 由 書 (滅失等再交付申請事由の発生年月日、場所、経過説明などを具体的、詳細に記入のこと)									
<p>上記のとおり 滅失 毀損につき、健康保険被保険者証の再交付を申請します。 無余白</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名</p> <p>年 月 日</p>										

注
 ▼▼
 毀損・無余白の場合、旧被保険者証を、必ず添付すること。
 滅失の場合、旧証を発見した時は、直ちに健康保険組合へ、証の
 返納を行うこと。

事務所所在地
 名 称
 事業主氏名

台帳記入証交付	
月 日	

法令出版健康保険組合理事長 殿