

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。

健康保険被保険者証毀損再交付申請書  
 滅失 無余白

被保険者証		事務局長		担当者
記号		常務理事		
番号				
被保険者	氏名	住所	資格取得年月日	年月日
	生年月日	勤務場所名		
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に記入のこと）			
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  年 月 日  被保険者氏名				

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