

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

常務理事	部長	課長	担当者

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日				資 格 取 得 年 月 日		
		(氏)	(名)	昭 5	年	月	日	年	月	日
				平 7
被 保 険 者 の 住 所							社会保険労務士記載欄			
							氏名等			

再 交 付 申 請 の 対 象 と な る 者	氏	名	生 年 月 日				続 柄	再 交 付 の 理 由
	(氏)	(名)	大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日		
	(氏)	(名)	大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日		
	(氏)	(名)	大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日		
	(氏)	(名)	大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日		
	(氏)	(名)	大 3 昭 5 平 7 令 9	年	月	日		

上記のとおり再交付を申請します。なお、今後は滅失、又はき損することのないよう注意するとともに、失った被保険者証を発見したときはただちにお返しいたします。

備 考

令和 年 月 日

関西文紙情報産業健康保険組合理事長 様

被保険者
氏 名

【注意事項】

健康保険被保険者証を紛失したり、盗難にあった場合は、第三者に悪用される恐れがありますので必ず警察に届けてください。

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。なお、今後は被保険者証を滅失、又はき損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	(局) 番