

健康保険被保険者証

滅失  
き損

再交付申請書

常務理事	事務局長	事務局次長	課長	担当

※記入の方法は裏面にあります。

① 記号	② 番号	③ 被保険者の氏名 (氏) (名) ⑤		④ 生年月日 昭和 平成 年 月 日	⑤ 性別 男 女	⑥ 資格取得年月日 年 月 日
⑦ 被保険者の住所					⑧ 備考	

再交付の対象となる者	被保険者	⑨ 氏名 (氏) (名)	⑩ 生年月日	⑪ 性別	⑫ 続柄	⑬ 再交付の原因		⑭ 備考
				上記に同じ		本人	滅失	き損
被扶養者		(氏) (名)	昭和 平成 年 月 日	男 女		滅失	き損	
		(氏) (名)	昭和 平成 年 月 日	男 女		滅失	き損	
		(氏) (名)	昭和 平成 年 月 日	男 女		滅失	き損	
		(氏) (名)	昭和 平成 年 月 日	男 女		滅失	き損	

東京都自動車整備健康保険組合

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。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名 ⑤  
電話 ( ) 番

社会保険労務士の提出代行者印 ⑤