

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

理事長	常務	事務局長	課長	係長	係

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の記号	⑦ 被保険者の氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 昭5 年 月 日 平7	① 性別 男 1. 女 2.	⑧ 資格取得年月日 年 月 日	送信
④ 被保険者の住所				⑧ 備考		

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	④	⑦ 氏名	④ 生年月日	⑦ 性別	⑦ 続柄	⑤ 再交付の原因	⑧ 備考
		00	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男 1. 女 2.	本人	滅失3. 新規7. 損4. その他8.	
被扶養者欄	④※被扶養者番号	⑦ 氏名	④ 生年月日	⑦ 性別	⑦ 続柄	⑤ 再交付の原因	⑧ 備考	
		(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男 1. 女 2.		滅失3. 新規7. 損4. その他8.		
		(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男 1. 女 2.		滅失3. 新規7. 損4. その他8.		
		(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7	男 1. 女 2.		滅失3. 新規7. 損4. その他8.		

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提出いたします。
 なお、今後は被保険者証の滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地 〒 -

事業所名称

事業主氏名 (印)

電話 (局) 番

健康保険被保険者証
を受領いたしました。

平成 年 月 日 提出

氏名 (印)

社会保険労務士の提出代行者印 (印)

受付日付印

東京都自動車整備健康保険組合

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
 ※「印欄」は記入しないでください。