

伺 年 月 日	令和 年 月 日
交 付 年 月 日	令和 年 月 日

常務理事	事務長		係

健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証の 記号番号	記号		フリガナ		性別
	番号		被保険者 氏 名		男・女
資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
事業所の名称					
再交付申請事由 の発生年月日	令和 年 月 日			被扶養者の有無	有・無
再交付申請事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損		保険証の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
再交付対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者用 (本人) <input type="checkbox"/> 被扶養者用 (家族) <input type="checkbox"/> 両方				
再交付対象 被扶養者	フリガナ	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	
	フリガナ	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	
	フリガナ	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	
	フリガナ	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	
上記のとおり再交付を申請いたします。 今後は、被保険者証の取扱に充分に注意することを誓約いたします。					
〒 _____ 令和 年 月 日 住所 _____ 都道 府県 _____ TEL () _____ 被保険者 宝グループ健康保険組合理事長 殿 氏名 _____ ⑩					
事業主の証明	上記の者が健康保険被保険者証を紛失・毀損したことを確認しました。 今後このようなことのないよう取扱いについて指導いたします。 令和 年 月 日 事業所所在地 名 称 事業主名 _____ ⑩				

[注]・紛失による再交付申請の場合は、「健康保険被保険者証紛失届」とあわせて提出してください。
・毀損による再交付申請の場合は、毀損した保険証を添付してください
・再交付手数料として、カード1枚につき1,000円を徴収します。

組合 使用	請求	入金	証No.

受付日付印