伺　年　月　日	平成　　年　　月　　日
交 付 年 月 日	平成　　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
			被保険者氏　　名		男・女
	番　号				
資格取得年月日	昭和 平成	年　月　日	生年月日	昭和・平成　年　月　日	
事業所の名称					
再交付申請事由の発生年月日	平成　年　月　日		被扶養者の有無	有・無	
再交付申請事由	☐ 紛失　☐ 毀損		保険証の種類	☐ 被保険者証　☐ 高齢受給者証	
再交付対象者	☐ 被保険者用（本人）　☐ 被扶養者用（家族）　☐ 両方				

再交付対象被扶養者			
ﾌﾘｶﾞﾅ	昭和 平成　年　月　日	男・女	
ﾌﾘｶﾞﾅ	昭和 平成　年　月　日	男・女	
ﾌﾘｶﾞﾅ	昭和 平成　年　月　日	男・女	
ﾌﾘｶﾞﾅ	昭和 平成　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。

平成　　年　　月　　日

〒　　－

住所　都道府県

TEL　　（　　）

被保険者
氏名　　㊞

宝グループ健康保険組合理事長 殿

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。 平成　　年　　月　　日 事業所　所　在　地 名　　称 事 業 主 名　　㊞

〔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。

受付日付印

組合使用	請求	入金	証No.

宝グループ健康保険組合