

同 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	1000	フリガナ	タカラ ジュン	性別
	番号	1234	被保険者 氏 名	宝 純	
資格取得年月日	昭和 平成 令和	5年 4月 1日	生年月日	昭和 平成 令和	40年 10月 10日
事業所の名称	宝酒造株式会社・・・支社				
再交付申請事由 の発生年月日	令和 1年 5月 20日	被扶養者の有無		有・無	
再交付申請事由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損	保険証の種類		<input checked="" 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 checked="" 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	タカラ ジュンペイ	昭和 平成 平成	10年 4月 5日	男・女	長男
	宝 純 平					
	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 1年 5月 25日

〒600-0x△◇  
住所 京都 都道府県 京都市下京区四条通烏丸

TEL 075 (0x△) 0x△◇

宝グループ健康保険組合理事長 殿 被保険者 氏名 宝 純 (印)

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

会社で記入するので、  
記入不要です (印)

- [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.