

同 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	1000	フリガナ	タカラ ジュン	性別	(男)・女	
	番号	1234	被保険者 氏 名	宝 純			
資格取得年月日	(昭和)平成	60年 4月 1日	生年月日	(昭和)平成	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	平成 24年 7月 10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	3年 4月 5日	(男)・女	長男
		宝 純 平		(平成)			
	フリガナ			昭和	年 月 日	男・女	
	フリガナ			平成	年 月 日	男・女	
	フリガナ			昭和	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十分に注意することを誓約いたします。 <div style="text-align: right;">平成 24年 7月 12日</div> <div style="text-align: center;">〒600-0000 京都府 京都市下京区四条通烏丸</div> <div style="text-align: right;">TEL 075 (0000) 0000</div> 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。 <div style="text-align: right;">平成 年 月 日</div> 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

[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.