

健康保険被保険者証

滅失  
き損

再 交 付 申 請 書

常務理事	事務長	係

社会保険労務士 氏名・印	印
-----------------	---

◎記入方法については裏面を参照して下さい。

① 健康保険被保険者証の記号 123	② 健康保険被保険者証の番号 45	③ 被 保 険 者 の 氏 名 フリガナ ケン ボ 健 保 フリガナ タ ロウ 太 郎	④ 生 年 月 日 明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7 3 4 0 1 2 3	⑤ 性別 男 女	⑥ 資格取得年月日 年 月 日 5 8 0 4 0 1	
〒 5 5 0 - 0 0 1 3 大 阪 市 西 区 ○ ○ 町 1 - 3 - 5					⑨ 再 交 付 の 理 由 盗難にあった為。警察○月○日届出済	
⑩ 氏 名		⑪ 生 年 月 日	⑫性別	⑬ 続 柄	⑭再交付の原因	備 考
(氏) 健 保	(名) 太 郎	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7 3 4 0 1 2 3	男 女	本人	滅失 き損	
(氏) 健 保	(名) 花 子	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7 4 0 0 4 1 6	男 女	妻	滅失 き損	
(氏) 健 保	(名) 一 郎	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7 0 2 0 3 1 9	男 女	長男	滅失 き損	
(氏) 健 保	(名) 一 子	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7 0 9 0 9 0 1	男 女	長女	滅失 き損	
(氏)	(名)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7	男 女		滅失 き損	

上記のとおり再交付を申請します。なお、今後は滅失、又はき損することのないように注意するとともに、失った被保険者証を発見したときは、ただちにそれを返却いたします。

平成 ○ 年 ○ 月 ○ 日

大阪機械工具商健康保険組合理事長 殿

被保険者 氏 名 健 保 太 郎 (印)  
(申請者)

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届出いたします。なお、今後は被保険者証を滅失、又はき損することのないよう指導いたします。

事業所所在地	〒 5 5 0 - 0 0 1 3 大 阪 市 西 区 ○ ○ 町 ○ ○ ○
事業所名称	○ ○ ○ 株 式 会 社
事業主名称	○ ○ ○ ○ ○ ○ (印)
電 話	○ ○ (○ ○ ○ ○) ○ ○ ○ ○ 番