

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証(本人・家族)再交付申請書

滅失以外の事由の方は、該当する方の被保険者証(本人・家族)を添付してください。	健康保険被保険者証の		被保険者の氏名				生年月日			性別	資格取得日				
	記号	番号													
			(氏)	(名)	昭和 平成			年	月	日	男 女	昭和 平成 令和	年	月	日
	被保険者の住所				申請の事由(該当するものに○を、その他は()に事由を記入)						再交付費用振込予定日				
〒 -				滅失 ・ 毀損 ・ その他 (事由:)						令和 年 月 日 (振込手数料はご負担願います。)					

被保険者の方は氏名欄・続柄欄(本人と記入)の2箇所、被扶養者の方は全ての欄に、ご記入ください。

該当者名(再交付該当者)	生年月日				性別	続柄	住 所		
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		〒 -		
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		〒 -		
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		〒 -		
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		〒 -		
(氏) (名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女		〒 -		

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提出致します。
なお、今後は健康保険被保険者証を滅失または毀損することのないよう十分指導致します。

事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主氏名	(印)
電 話	(局) 番

振込先:みずほ銀行 大手町営業部 普通 211094 名義:日揮健康保険組合

組 合 記 入 欄	
入金日	令和 年 月 日
入金額	500円 × 枚 = 円
証交付日	令和 年 月 日
備 考	

令和 年 月 日 提出
受付日付印