



* 常務理事	事務長		扱者

健康保険被保険者証再交付申請書

被 保 険 者 証 の				氏名	印	性別	
記号	番号					昭和・平成・令和	年
被 保 険 者 の 現 住 所				〒			
				Tel			
事業所の名称		名称	所属				
健康保険の資格取得日				昭和	平成	令和	
				年	月	日	
再交付を申請する理由 (できるだけ詳しく記入して下さい) ※住所変更の場合は、旧住所を記入して下さい。				再交付該当者 氏名			
				続柄			
添 付 書 類				滅失届 ・ 被保険者証(き損・磨耗) ・ 証明書(盗難・紛失・火災)			

令和 年 月 日 提出

事業所内点検印	担当課(係)長印	事業所証明欄	上記届出について、事実相違ない事を証明します。
			令和 年 月 日
	担当者印		所在地
			名称
		事業所	代表者名
			Tel

再発行手数料は1枚当たり1,000円です。下記口座にお振込みいただくか、社内便(現金・重要便)取り扱い事業所のみにて健保組合まで送付してください。尚、振込み手数料はご負担願います。

* 受付日付印

手数料の入金確認ができてからの発行となります。

りそな銀行	川崎支店
普通口座	0222091
不二サッシ健康保険組合	