常務理事	事務長	総務課長	担当者

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

（再交付手数料は滅失のみ一枚につき1，000円です）

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名	生年月日				再交付の原因
		(氏) (名)	昭和・平成	年	月	日	滅失 ・き損・その他

資格取得年月日	被保険者の住所	滅失・き損 理由
昭和 平成 令和 年 月 日	〒	

再交付対象者の氏名		生年月日				続柄
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	

被保険者氏名

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充分指導いたします。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	（ 局）

令和 年 月 日 提出

決裁日付印

受付日付印

社労士記載欄

会員番号

神奈川県自動車整備健康保険組合