

健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者用
被扶養者用

常務理事	事務長	担当者

被保険者の氏名		男・女	年 月 日生
家族(被扶養者)の紛失の場合はその氏名		男・女	年 月 日生
被保険者の住所			
被保険者証の記号・番号	—		
被保険者の勤務先	名称		
	所在地		
	資格取得	年 月 日	
汚し又は失った理由			
備考			

事業主の証明	
被保険者	は、健康保険被保険者証を失った(汚した)旨、申し出たことを証明します。
	なお、今後は被保険者証を失う(汚す)ことのないように被保険者を指導します。
	年 月 日
事業主の住所	
氏名	
事業所担当確認欄	<input type="checkbox"/> 記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。

上記の通り再交付を申請します。なお、今後は汚し又は、失うことのないようによく注意するとともに、失った被保険者証を発見した時は、ただちにお返し致します。

年 月 日

本人確認欄 (ご本人確認のため☑チェック願います。)
<input type="checkbox"/> 申請者本人(被保険者)が作成したものである。

ダイフク健康保険組合 殿

被保険者 氏名

(注意事項)

1. 不要の文字は、抹消すること。
2. 汚した為の再交付申請であるときは、その被保険者証を添えること。