

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証の記号と番号		事業所の名称	
記	番	所 属	部・支店・工場 課
資格取得年月日	平成 令和	年	月 日
		被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭 和 平 成
		年	月 日
再交付を申請する該当者の氏名			
再 交 付 の 詳 細 理 由			
滅失・毀損の場合はその年月日	令和 年 月 日 頃		

* 上記のとおり〈毀損・滅失・無余白〉につき、再交付を申請します。

今後被保険者証の保管につき充分注意すると共に旧被保険者証発見の際は直ちに返納いたします。

三協・立山健康保険組合殿

上記のとおりであることを証明します。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	印

令和 年 月 日

住 所
被保険者
氏 名

印