

保険証を滅失、破損などで再交付したいときに提出します。

### 健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

被保険者証の記号と番号		事業所の名称		三協立山アルミ株式会社	
記 82	番 100000	所 属	〇 〇 部・支店・工場	△ △	課
資格取得年月日	平成 〇〇 年 △△ 月 ◇◇ 日	生 年 月 日	昭和 〇〇 年 △△ 月 ◇◇ 日		
今回再交付する方の氏名	三立 太郎				
再交付の詳細理由	・盗難にあったため ・保管場所に見当たらないため など具体的に記入してください。				
滅失・毀損の場合はその年月日	平成 〇〇 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

平成 〇〇年 △△月 ◇◇日

上記のとおりであることを証明します。	
事業所所在地	<記入不要>
事業所名称	この欄は事業所で記入します
事業主氏名	印

住 所 高岡市〇〇町△△-◇◇

被保険者

氏 名 三立 太郎



印