

常務理事	事務長	担当	担当

## 健康保険 被保険者証再交付申請書

被保険者証 記号番号	1234 — 56789	生年月日	昭和 平成 ○○年 △△月 ○○日 令和
被保険者氏名	健保 元気		

再交付が必要な方				
氏名	生年月日	続柄	再交付の理由	※健保記入
健保 良一	昭和 平成 ○○年 △△月 ○○日 令和	長男	滅失 き損	徴収 非徴収
	昭和 平成 令和 年 月 日		滅失 き損	徴収 非徴収
	昭和 平成 令和 年 月 日		滅失 き損	徴収 非徴収
	昭和 平成 令和 年 月 日		滅失 き損	徴収 非徴収

再交付の理由(滅失した場所や警察への届出状況、また、き損した理由等を詳しくご記入ください)

財布を落とした際、荷物の下敷きになり割れてしまった為。

※保険証再交付には1枚 1,000円を給与から控除いたします。  
(破損・汚損による再交付で現物が添付されている場合は除きます)

※滅失した保険証が見つかった場合は三越伊勢丹健康保険組合へ返却してください。

上記のとおり被保険者から、被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。  
なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。

受付年月日

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号