

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証 の記号番号	記 号	〇〇〇〇		フリガナ	ケンポ タロウ		
	番 号	〇〇〇〇		被保険者 氏 名	健保 太郎		
生年月日	S〇〇年〇〇月〇〇日		性別	男	社員番号	0000000	
事業所	伊賀		所属名	総務部総務課			
再 交 付 申 請 対 象 者 (□を 選 択)	☐ 被保険者						
	☒ 被扶養者 (該当者を下に記載)						
	氏 名			生 年 月 日			続 柄
	健保 花子			S	〇〇年	〇〇月	〇〇日 妻
				S H R	年	月	日
再 交 付 申 請 理 由 (□を 選 択)	☒ 滅失 (警察への連絡・届出をお勧めします)						
	☐ き損・破損						
	再交付申請事由の発生年月日と場所 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (場所：〇〇百貨店)						
	再交付申請事由に至った状況 買い物中に財布を落とした						
DMG森精機健康保険組合理事長 殿 上記のとおり再交付を申請致します。今後は取扱いに十分注意することを誓約致します。 滅失した被保険者証を発見した時は、直ちに返納致します。 〒 000-0000 〇〇年 〇〇月 〇〇日 住 所 〇〇県〇〇市〇〇町111 被保険者名 健保 太郎							
事業主の証明	上記のとおり被保険者から申出がありましたのでお届け致します。 事業所所在地 事業所名称 事業主氏名						

受付日付印

DMG森精機健康保険組合

※再交付手数料 (1枚につき 500円) 給与天引き致します