

※免許証の写し又は、住民票を添付して下さい。

旧被保険者証添付	有 ・ 無
申請理由	滅失 毀損 ()
資格取得日	昭和 平成 年 月 日

受付日	平成 年 月 日		
再交付年月日	平成 年 月 日		
交付決議書			
常務理事	事務長		担当者

被 保 険 者 証 再 交 付 願

平成 年 月 日

健康保険組合理事長 殿

住所〒

被保険者

氏名

印

下記のとおり

〔 被保険者証 ・ 高齢受給者証
限度額適用認定証

滅失
毀損

によりお届けします。

()

再交付願います。

被保険者証の 記号と番号	記号	再交付を希望 される保険証方 のお名前と続柄	氏名
	番号		続柄
被保険者が勤務の 部署名称・TEL番号	部署名称 TEL - -		
再交付の事由 (ご家族のどのような事 由であるかを記載下 さい。)			

上記の届出のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

事業主

印

※ 滅失による再交付の時は、滅失届と再交付願の両方を提出して下さい。

※ 毀損による再交付の時は、毀損した保険証を添付して下さい。

※ 盗難や外で滅失された方は、悪用の恐れもありますので念のため最寄の交番へもお届け下さい。

※ 上記、事業主(日本ハビジ 株式会社東京人事サービス課)の証明が必要となりますので、事業主経由で送付下さい。

※ 被保険者証の再発行手数料¥1000は、後日給与天引きいたします。