

健康保険被保険者証 (滅失)
(毀損)

常務理事	事務長	担当者

再交付申請書

被保険者氏名	社員No. ()	性別	男 女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
所属部課名	(TEL:)				
健康保険被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)			
現在勤務 している 事業所の	名称				
	所在地				
	資格取得年月日	昭和・平成	年	月	日
再交付を申請する 該当者の氏名を ご記入下さい ()は続柄	本人氏名	(本人)	家族氏名	()	
	家族氏名	()	家族氏名	()	
	家族氏名	()	家族氏名	()	
再交付を 申請する 理由 (詳しく)					

上記理由により、再交付を申請します。

尚、今後は十分取り扱いに注意し、発見したときは直ちに返納いたします。

年 月 日

伊藤忠健康保険組合 理事長 殿

被保険者氏名

印

事業主の証明	上記の通り被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 尚、今後は被保険者証の滅失または毀損するこのないよう 十分指導いたします。	
	事業主 住所 氏名	年 月 日 印 (受付印)

* 申請理由の内容により不要字句を抹消のこと。

※ 紛失・盗難にあった場合は、悪用される危険性がありますので、まず最寄の警察に
紛失・盗難届を出してください。紛失・盗難の法的な証明となります。

※ 本申請書はご本人の依頼する保険証の再交付手続きを目的として利用致します。