

健康保険被保険者証

減失 き損

再交付申請書

常務理事	担当者

健康保険被保険者証		被保険者の氏名		生年月日				資格取得年月日			
記号	番号	氏	名	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日
被保険者の現住所								備考			
								き損の場合は保険証を添付			

再交付申請の対象となる者	対象者氏名		生年月日				続柄	再交付の原因		
	被 保 険 者			昭和 平成 令和	年	月	日	本人	減失	
				昭和 平成 令和	年	月	日		き損	
			昭和 平成 令和	年	月	日	臓器提供意思表示変更		その他 ()	
			昭和 平成 令和	年	月	日	減失			
	被 扶 養 者			昭和 平成 令和	年	月	日		き損	
				昭和 平成 令和	年	月	日		臓器提供意思表示変更	その他 ()
				昭和 平成 令和	年	月	日		減失	
				昭和 平成 令和	年	月	日		き損	
				昭和 平成 令和	年	月	日		臓器提供意思表示変更	その他 ()
			昭和 平成 令和	年	月	日	減失			
			昭和 平成 令和	年	月	日	き損			
			昭和 平成 令和	年	月	日	臓器提供意思表示変更		その他 ()	

受付印

令和 年 月 日 提出

ゲンゼ健康保険組合理事長 殿

社会保険労務士記載欄
氏名等

事業主証明	上記のとお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。 なお 今後は被保険者証を紛失またはき損することのないよう充分指導致します。
	事業所 名称
	所在地
代表者 氏名	

記号19 事業所 記入欄	所属コード	担当課長