

常務理事	課長	係長	係

健康保険 被保険者証（滅失・き損）再交付申請書

被保険者証 記号・番号		被 保 険 者 氏 名	⑩	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
資 格 取 得 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	被保険者の 住 所				
勤 務 先	所在地						
	名 称						
再 交 付 の 対 象 者	氏 名		生 年 月 日	性別	続柄	再交付を申請する理由(詳しく)	
	被保険者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女	本 人	
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		
	被扶養者	(氏) (名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男 女		

上記のとおり申請いたしますから、再交付をお願いいたします。

令和 年 月 日 大阪菓子健康保険組合理事長 様

申請書には下記の書類を添付してください。

1. 運転免許証やパスポートなど、被保険者の顔写真が分かるもの
2. 1の添付が困難な場合は、住民票など公的な証明書

※ 裏面の注意事項をよくお読みください。

事 業 主 の 証 明	上記の申請について事実相違ないことを証明します。	
	令和 年 月 日	
	事業所	所在地 名 称 事業主氏名

⑩

(注意事項)

1. 標題の「滅失」「き損」の文字は該当する文字を○で囲んでください。
2. き損のための再交付申請の場合は「き損した被保険者証」を、この申請書に添付してください。
3. 滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに再交付した被保険者証を返納してください。