

提出日 令和 年 月 日

大王製紙健康保険組合  
常務理事殿

### 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		事業所名		被保険者名	
再交付する申請者が 被保険者の場合	氏名		生年月日	年 月 日	
再交付する申請者が 被扶養者の場合	氏名		生年月日	年 月 日	
再交付申請事由の発生日		令和 年 月 日			
再交付申請の事由					
上記の通り再交付請求いたします。					
〒					
被保険者 住所					
電話 ( ) -					
氏名 印					
事業主の証明	事業所所在地				
	事業所名				
	事業主名 印				

- (注意) 1 再交付の申請の場合は、健康保険被保険者証紛失(滅失)届を添付すること。  
2 滅失紛失した被保険者証が発見された場合は、直ちに返納すること。  
3 滅失紛失した被保険者証を第三者が使用し組合に損害を与えた場合の一切は被保険者が負担し、損害賠償の責を負うこととする。