

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<br>記号 番号  |   | 事業所名         |      | 被保険者名        |                          |
|--|---|--------------|------|--------------|--------------------------|
| 1  | 12345   | 大王製紙株式会社     |      | 健保 太郎        |                          |
| 再交付する申請者が<br>被保険者の場合   | 氏名  | 健保 太郎        | 生年月日 | 1960年 4月 20日 |                          |
| 再交付する申請者が<br>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 元年 10月 1日 |      |              |                          |
| 再交付申請の事由   | 財布とともに、被保険者証を紛失した為                                  |              |      |              |                          |
| 上記の通り再交付請求いたします。<br>〒799-0101<br>被保険者 住所 愛媛県四国中央市川之江町〇〇〇-△△<br>電話 (0896) □□ - □□□□<br>氏名 健保 太郎 印 |   |              |      |              |                          |
| 事業主の証明   | 事業所所在地 愛媛県四国中央市〇〇〇<br>事業所名 △△△△株式会社<br>事業主名 □□ □□ 印 |              |      |              | 事業主の証明欄です。<br>(被保険者記入不要) |

- (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。