

0 : 被 保 険 者 証
 4 : 限度額適用・標準負担額減額認定証
 5 : 特定疾病療養受療証
 6 : 限度額適用認定証

再交付申請書

注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。

注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。

注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。

注4 滅失した被保険者証等が見つかった場合は、すみやかに健康保険組合に返納してください。

注5 「再交付申請書」は、必要な「被保険者証」等1枚につき1部作成してください。

(1)被保険者証の記号 (2)被保険者証の番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(3)勤務箇所	(4)被保険者氏名	

(5)被保険者証等を滅失・き損した方、または被保険者証等が無余白となった方の氏名

--

(6) (5)に該当する方の続柄

--

(7)再交付理由

<input type="checkbox"/> 0:滅失 <input type="checkbox"/> 1:き損 <input type="checkbox"/> 2:無余白

(8)再交付事由

事由記入欄	
-------	--

事業主 特記事項欄	
--------------	--

上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日	事業所 使用欄	箇 所 長	電 話	健保担当課
所在地 〒 名 称 事業主名				—	
			事業主整理番号		