

常務理事	事務長	係長	係

健康保険被保険者証再交付申請書

健康保険の 記号番号	—	被保険者 の氏名		性別	男・女	
被保険者 の住所		生年月日	昭和 平成	年	月	日
事業所名		資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日

再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 被保険者（本人）分			再交付の原因			
			滅失・毀損・その他			
<input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）分			※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。			
被扶養者氏名	生年月日	性別	再交付の原因			
	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	滅失・毀損・その他
	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	滅失・毀損・その他
	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	滅失・毀損・その他
再交付申請の 詳細事由						

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。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

岐阜県自動車販売健康保険組合理事長 殿

【注意事項】

被保険者証を毀損した場合は、
毀損した被保険者証を添付して
ください。

社会保険労務士 の提出代行者印	
--------------------	--