

事務長	担当者

※記号・番号がわからない場合は、空欄で結構です。
記号・番号はご家族皆さま同

被保険者証 再交付届

記入

被保険者証の	記号		事業所名称	○○○○○○
	番号			
再交付の事由 ※該当事由に☑をつけてください	<input type="checkbox"/> 1. 滅失 <input type="checkbox"/> 2. き損 (き損した保険証を添付) <input type="checkbox"/> 3. 無余白 (住所欄無余白となった保険証を添付)			該当事由に☑をつける
再交付対象者の氏名・住所 (特定記録郵便で直接自宅に発送しますので正確にご記入下さい。)	氏名	健保 花子		H3年 1月11日生
		〒 164-0001 東京都中野区中野4-10-1		
【滅失の場合、失くした場所・状況などを詳しく記載してください】				
上記をお届けいたしますので再発行をお願いいたします。 <p style="text-align: center;">令和 ○年 ○月 ○日</p> <p style="text-align: center;">〒 164- 0001</p> <p style="text-align: center;">住 所 東京都中野区中野4-10-1</p> <p style="text-align: center;">被保険者の</p> <p style="text-align: center;">氏 名 健保 太郎</p>				
栗田健康保険組 理事長 殿				

受付印