（被保険者→事業主→健康保険組合）

| 交付年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
|---|---|

| 決　定 | 令和　　年　　月　　日 | | |
|---|---|---|---|
| 常務理事 | 事務長 | 担当者 | |
| | | | |

# 健康保険被保険者証（紛失･棄損）再交付申請書

日本化薬健康保険組合理事長殿　　令和　　年　　月　　日

（申請者･被保険者）
住　所

氏　名

下記のとおり申請します

| | | | |
|---|---|---|---|
| 被保険者証の記号と番号 | 記号　　番号 | 事業所の名称 | |
| 被保険者の生年月日 | （昭和･平成･令和）　年　月　日 | 資格取得年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　　年　月　日 |

## 再交付申請の対象となる者（本人・家族）

| フリガナ<br>氏名 | 生年月日 | 続柄 | 性別 | 現住所 |
|---|---|---|---|---|
| | （昭和･平成･令和）<br>年　月　日 | | 男・女 | |
| | （昭和･平成･令和）<br>年　月　日 | | 男・女 | |
| | （昭和･平成･令和）<br>年　月　日 | | 男・女 | |
| | （昭和･平成･令和）<br>年　月　日 | | 男・女 | |

| 申請事由 | 紛失・棄損の状況等をくわしく記入してください。 |
|---|---|

| 事業主の証明欄 | 上記の内容に相違ないことを証明します<br>令和　　年　　月　　日<br>所在地<br>事業主 名　称<br>氏　名 |
|---|---|

※記載上の注意
1. 棄損による再交付申請である時は、棄損した被保険者証を、この申請書に必ず添付。
2. 再交付申請の対象となる者「本人・家族」のうち再交付する方を〇で囲んでください。

受付日付印