（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 元 年 10 月 20日

（申請者・被保険者）
住　所　名古屋市〇〇区〇〇1－2－3
氏　名　健　保　大　郎

下記のとおり申請します

被保険者証の記号と番号	記号 1000　番号 000000	事業所の名称	〇〇支社
被保険者の生年月日	（昭和・平成・令和）40 年 10 月 1 日	資格取得年月日	昭和・平成・令和 8 年 4 月 1 日

再交付申請の対象となる者（本人・家族）

フリガナ 氏名	生年月日	続柄	性別	現住所
ケンポ　タロウ 健　保　大　郎	（昭和・平成・令和）40 年 10 月 1 日	本人	男・女	同上
	（昭和・平成・令和）年　月　日		男・女	
	（昭和・平成・令和）年　月　日		男・女	
	（昭和・平成・令和）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。 買物の途中、自転車のカゴにバッグごと置き忘れ紛失（平成17年9月20日） 警察（交番）に届出済

各事業主の署名もらってください。

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 令和 17 年 10 月 23 日 所在地　東京都千代田区丸の内二丁目1番1号 事業主 名　称　日本化薬株式会社 氏　名　〇〇 〇〇

※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