

常務理事		係				
			発議		発送	

健康保険 被保険者証再交付申請書

被保険者証の 記号および番号	00 - 12345	資格取得 年月日	昭和 平成	00年00月00日	交付 有・無
被保険者	氏名	健保 健太郎			する
	生年月日	昭和・平成	00年00月00日		しない
被扶養者	氏名	健保 健太郎	続柄	長男	する
	生年月日	昭和・平成	00年00月00日		しない
被扶養者	氏名		続柄		する
	生年月日	昭和・平成	年 月 日		しない
被扶養者	氏名		続柄		する
	生年月日	昭和・平成	年 月 日		しない
被扶養者	氏名		続柄		する
	生年月日	昭和・平成	年 月 日		しない
被扶養者	氏名		続柄		する
	生年月日	昭和・平成	年 月 日		しない
事業所	名称	(株) 000 会社			
	所在地	桐生市・・・町 123-12			
再交付をうける理由 (具体的に記入して下さい)	紛失の為再交付依頼します。				

※ 記入上の注意: 被扶養者の保険証の交付を申請する場合は、再交付を必要とする方のみ記載で構いません。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認するための添付書類が必要です。)	
備考	

ミツバ健康保険組合 殿

上記のとおり(紛失、き損)につき再交付を申請します。
今後被保険者証の保管には充分注意いたします。

平成 00 年 00 月 00 日

被保険者

住所 群馬県 桐生市 ...町 12345-11

氏名 健保 000

印

上記のとおり申請があったので届出します。

事業主の証明

所在地

名称

氏名

印