

- 【注意事項】 ・ 太枠内を全てペンで記入して下さい。記入漏れ・印漏れがあった場合、保険証を発行することができません。 ※ 鉛筆・消せるペンは不可。
- 【添付書類】 ・ 再交付申請の原因が滅失(紛失)の場合は、別紙の「健康保険 被保険者証滅失届」  
・ 毀損 または 無余白 の場合は、「毀損または無余白となった健康保険被保険者証」
- 【提出先】 (株)大塚商会⇒人事管理課、 その他の事業所⇒各事業所担当課、  
任意継続の方⇒健康保険組合

記入例

※健康保険組合使用欄			
常務理事	事務長	事務次長	担当者
※健康保険組合使用欄			

記号番号がわからない場合は空欄

押印忘れずに!!  
朱肉使用のもの

健康保険 被保険者証 再交付 申請書

保険証の送付先  
(本社便)

記号	番号	被保険者の氏名 ①		※被保険者資格取得日
1	12345	(フリガナ オオツカ (氏) 大塚	イチロウ (名) 一郎	昭・平・令
社員番号 ( 99999 )		大塚 一郎		
所属 (就労先) ※保険証送付先 〇〇事業部 〇〇1課 ( 〇〇〇〇ビル 5階)		被保険者の住所 〒 - 埼玉県〇〇市〇〇 〇-〇-〇〇		昭 健康保険組合 使用欄
		Tel 080 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		※備考欄

保険証の再交付を希望する人の氏名のみ記入。  
被保険者(社員本人)が再交付を希望するときは、その氏名も記入。

再交付申請の対象となる者	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	※旧証の添付	※前回の交付日
(氏)	大塚 一郎	昭 平・令 2年1月12日	男	本人	滅失 ・毀損 ・無余白 (住所欄等)	有・無	平・令
(氏)	大塚 はな	昭 平・令 5年12月6日	女	妻	滅失 ・毀損 ・無余白 (住所欄等)	有	健康保険組合 使用欄
(氏)					滅失		
(氏)							
(氏)							

再交付の原因には、該当に必ず〇をつけてください。  
 ・紛失した ⇒ 滅失  
 ・破損等 ⇒ 毀損  
 ・住所欄に空欄がなくなった ⇒ 無余白  
 ・臓器提供意思表示の変更をしたい ⇒ 無余白

上記 証明者は、必ず日付を入れてください。 令和 年 月 日 ① 証明年月日記入必須

事業主の証明

事業所所在地 東京都千代田区飯田橋2-18-4

事業所名称 株式会社 大塚商会

事業主氏名 〇〇 〇〇

電話番号 03 局( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇 番

事業主の証明欄です。会社の担当課(人事課等)へ提出し証明をもらってください。