

【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・消せるペン是不可。

【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 1	番号 12345	被保険者の氏名 ⑩ (フリガナ オオツカ イチロウ) (氏) 大塚 一郎		※被保険者資格取得日 昭・平・令
社員番号 (99999)		被保険者の住所 〒 - 埼玉県〇〇市〇〇 〇-〇-〇〇		健康保険組合 使用欄 ※備考欄
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)		TEL 080 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 日中連絡可能な連絡先。携帯可。		

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。

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) (名)				滅失		
(氏) (名)						
(氏) (名)						

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 ⑩ 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)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。