

常務理事	事務長	担当者

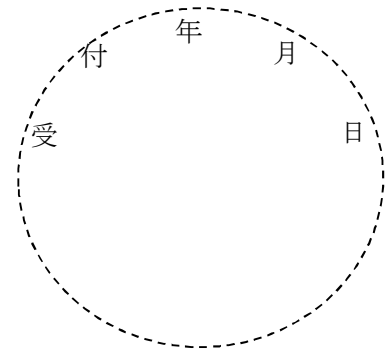
健康保険被保険者証 再交付申請書

保険証 記号	1 1	保険証 番号	
被保険者	氏名	生年月日	昭和 年 月 日 平成
再交付申請の 対象となる者	氏名	生年月日	再交付 申請理由
		昭和 平成 令和	年 月 日 減失・き損
		昭和 平成 令和	年 月 日 減失・き損
		昭和 平成 令和	年 月 日 減失・き損

＜注意事項＞

- ・滅失による再交付のときは、**1枚につき500円**の手数料を添えて申請してください。
- ・き損の場合は手数料は無料です。必ず、き損したカードを添付してください。
- ・黒ボールペンもしくはインクで記入してください。
- ・滅失の場合はご自身で警察署に届出をしてください。

事業所 所在地	〒 - 令和 年 月 日提出
事業所 名称	
事業主 氏名	
電話 番号	()



※書類経路: 被保険者→FUJIは人事・子会社は総務(事業主証明)→健保組合