

	常務理事	事務長	課 長	担 当
伺				

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

被保険者		記 号	番 号

被 保 険 者 欄	被保険者氏名	(フリガナ) 被保険者生年月日	昭和 平成 年 月 日
	被保険者住所	〒 ー	電話 番号 ()

下記の者について資格情報のお知らせの再交付申請します。【「ア」「イ」の該当する方に○】

ア. 被保険者(本人)分	※再交付の理由		
	1. 滅失 2. き損 3. その他		

イ. 被扶養者(家族)分【下記に再交付が必要な被扶養者について記入してください。】

被扶養者氏名	被扶養者生年月日	※再交付の理由
	昭和 平成 年 月 日	1. 滅失 2. き損 3. その他
	昭和 平成 年 月 日	1. 滅失 2. き損 3. その他
	昭和 平成 年 月 日	1. 滅失 2. き損 3. その他
	昭和 平成 年 月 日	1. 滅失 2. き損 3. その他
	昭和 平成 年 月 日	1. 滅失 2. き損 3. その他

※再交付理由が「その他」の 場合はその理由。	
---------------------------	--

※再交付理由が「き損」の場合は古いお知らせを添付の上ご提出ください。

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

事業主欄	事業所所在地	〒 ー
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	()

受付印