

正

健康保険被保険者証 再交付申請書 減失 届 1 2

Table with 2 columns: グループ長, 担当者

Main application form with fields for insured person details, business information, and reasons for re-issuance.

記入上の注意

- ① 再発行の必要な方のみ、ご記入ください。
② 紛失した保険証が見つかった場合、再交付前の保険証をお返しくください。
③ *印は記入しないでください。
④ 記入方法は2枚目厚紙の裏面をよくお読みください。

Text box for additional information and business details, including fields for business name, location, and owner name.

平成 年 月 日提出 * 受付年月日

健康保険被保険者証 再交付申請書 届 減失1 減失2

被保険者の記号番号													
記号													
被 保 険 者	フリガナ					生年月日	昭 3	年	月	日	事業所名	所属	
	氏名					平 4				事業所所在地			電話
	印												
現住所						資格取得年月日 (和歴)	年	月	日	*交付年月日 (記入不要)	年	月	日
② 又は減失の具体的状況 再交付を申請する具体的理由						再発行対象者	フリガナ				性別	続柄	
							氏名				男・女		
											男・女		
											男・女		
											男・女		
											男・女		
											男・女		

平成 年 月 日提出された再交付申請書にもとづき上記のとおり交付されましたので通知します。

事業所	名称	
	所在地	
		殿

平成 年 月 日

日本航空健康保険組合常務理事