

正

健康保険被保険者証 再交付申請書 届 減失1 減失2

グループ長	担当者

被保険者の記号番号										
記号										

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下さい。
- ③ *印は記入しないでください。
- ④ 正副2枚記入の上、ご提出ください。

被保険者	フリガナ		生年月日	明 1 大 2 昭 3	年	月	日	事業所名		所属	
	氏名印							事業所所在地		電話	
	現住所							資格取得年月日	年 月 日	* 交付年月日	年 月 日
再交付を申請する 又は減失の具体的状況 再交付を申請する理由	フリガナ		性別		続柄						
	氏名		男・女								
			男・女								
			男・女								
			男・女								
			男・女								
			男・女								

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。
 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。

平成 年 月 日提出 * 受付年月日

事業所 名称	
事業所 所在地	
事業主 名称	

副

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				番号								
被 保 険 者	フリガナ				生年月日	明 1	年	月	日			
	氏名印	Ⓢ			大 2	昭 3						
現住所					事業所名				所属			
					事業所所在地				電話			
					資格取得年月日	年	月	日	*交付年月日	年	月	日
再 交 付 を 申 請 す る 具 体 的 理 由	フリガナ								性別	続柄		
	氏名								男・女			
									男・女			
									男・女			
									男・女			
									男・女			
									男・女			
再発行対象者												

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。

名称	
事業所所在地	
	殿

平成 年 月 日

日本航空健康保険組合常務理事