

健康保険被保険者証 再交付申請書

処理 伺		令和	年	月	日
常務理事	事務局長	事務局次長	課 長	課長補佐	担 当 者

被保険者証の記号	番 号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日			
1 2 3 4	5 6	(氏) 健保	(名) 太郎	昭和 平成	年	月	日
被 保 険 者 の 住 所						備 考	
〒000-xxxx 東京都豊島区上池袋0-0-0							

被保険者証の再交付について以下のとおり申請します。

再交付対象者欄 (該当番号1・2に○印)	1	被保険者（本人）分				再 交 付 理 由		
						紛失 き損 その他		
		被扶養者（家族）分 ※下記に被保険者証を再交付する被扶養者について記入してください。						
		氏 名		生 年 月 日		続 柄	再 交 付 理 由	
		(氏) 健保	(名) 花子	年	月	日	妻	紛失 き損 その他
		氏 名		生 年 月 日		続 柄	再 交 付 理 由	
		(氏)	(名)	年	月	日		紛失 き損 その他
		氏 名		生 年 月 日		続 柄	再 交 付 理 由	
	(氏)	(名)	年	月	日		紛失 き損 その他	
	氏 名		生 年 月 日		続 柄	再 交 付 理 由		
	(氏)	(名)	年	月	日		紛失 き損 その他	

上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。

事業所所在地 〒170-0000 東京都豊島区〇〇 2-3-4

事業所名称 ○×歯科医院

事業主氏名 ○ ○ ○ ○

電 話 03-0000-0000

令和 〇 年 〇 月 〇 日提出

受付日付印

き損再交付以外は「健康保険被保険者証滅失届」も必要です。
き損再交付の場合は保険証を添付してください。

東京都歯科健康保険組合