届出コード		
2	5	1

健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	課　長	課長代理	係　長	担当者

健康保険被保険者証の記号・番号	被保険者の氏名	生年月日	再交付の原因	左記原因の発生理由
記号　番号 501・3001	健保　太郎	昭和・平成・令和　45年10月22日	滅失・毀損・その他	病院からの帰り道で、サイフごと落として紛失してしまったため。

再交付を必要とする被保険者または被扶養者の氏名	生年月日		続柄	再交付を必要とする被保険者または被扶養者の氏名	生年月日		続柄
健保　花子	昭・平・令	60年　4月30日	妻		昭・平・令	年　月　日	
健保　さくら	昭・平・令	29年　4月　1日	長女		昭・平・令	年　月　日	
	昭・平・令	年　月　日			昭・平・令	年　月　日	

（注）1. 生年月日欄及び再交付の原因欄は、該当するものを〇で囲んでください。
2. 毀損の場合は健康保険被保険者証を添付してください。

上記のとおり再交付を申請します。

令和　4年 4 月 1 日

被保険者 住　所　静岡市駿河区駿府１－１

氏　名　健保　太郎

この申請について事実に相違ないことを証明します。

事業所所在地　静岡市駿河区中田一丁目１番１号

事業所名称　いろは信用金庫

事業主氏名　駿河　一郎

受付日付印

静岡県信用金庫健康保険組合

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕