受　付　　年　　月　　日
決　定　　年　　月　　日

交付決議書				

健康保険被保険者証再交付申請書

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。

健康保険被保険者証の記号番号	㋐ 被保険者の氏名		① 生年月日				㋑ 性別	資格取得年月日			
	(氏)	(名)							年	月	日
1234－56	健保	太郎 健保㊞	大昭平令 3 5 7 9	5年	1月	03日	男 1. 女 2.	再交付年月日	08年	04月	01日
									08年	05月	14日

被保険者の住所	備考
東京都練馬区○○-××-○○	

再交付申請の対象となる者

被保険者欄	氏名		㋒ 生年月日	㋓ 性別	㋔ 続柄	② 再交付の原因	備考
	(氏)	(名)					
	健保	太郎	上記に同じ		本人	滅失 1. き損 2.	

被扶養者欄	氏名		㋒ 生年月日	㋓ 性別	㋔ 続柄	② 再交付の原因	備考
(氏被扶養者欄)	)	(名)	大昭平令 3 5 7 9 年 月 日	男 1. 女 2.		滅失 1. き損 2.	
	)	(名)	大昭平令 3 5 7 9 年 月 日	男 1. 女 2.		滅失 1. き損 2.	
	)	(名)	大昭平令 3 5 7 9 年 月 日	男 1. 女 2.		滅失 1. き損 2.	
	(氏)	(名)	大昭平令 3 5 7 9 年 月 日	男 1. 女 2.		滅失 1. き損 2.	

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。
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十分指導いたします。

令和　2年　5月　14日 提出

事業所所在地	〒100－0001 東京都千代田区内幸町2-1-1
事業所名称	飯野海運（株）
事業主氏名	代表取締役　飯野　健　飯野㊞
電話	03（3506局）8168番