

再交付年月日			
令和	年	月	日

東武鉄道健康保険組合

常務理事	事務長	課長補佐	主任	事務担当職員

発行部

管理課長	課長補佐	主任	課員（部員）

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書
き損

申請年月日 令和 年 月 日

東武鉄道健康保険組合 殿

保険証の記号・番号				
被保険者氏名	印	生年月日	年	月 日
被保険者住所				
再交付をする者の氏名	続柄	生年月日	年	月 日
再交付をする者の氏名	続柄	生年月日	年	月 日
再交付をする者の氏名	続柄	生年月日	年	月 日
再交付をする者の氏名	続柄	生年月日	年	月 日
再交付をする者の氏名	続柄	生年月日	年	月 日
申請理由				

所属長の証明

上記のとおり被保険者から健康保険証の再交付申請がありました。
被保険者証を _____ したことに相違ないことを証明します。
なお、今後は、被保険者証を滅失またはき損することがないように注意させます。

所属長名・印 _____

印 _____

健保受付印

