常務理事	事務長	担当者

健康保険（被保険者証・被扶養者証）再交付申請書

被保険者の氏名		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日生
被扶養者証紛失の場合はその氏名		男・女	昭和 平成　　年　　月　　日生
被保険者の住　所			
被保険者証・被扶養者証の記号・番号			
被保険者の勤務先	名　　称		
	所　在　地		
	資格取得	昭和 平成　　年　　月　　日	
汚し又は 失った理由			
備　考			

事業主の証明

被保険者　　は、健康保険被保険者証・被扶養者証を失った（汚した）が、無余白となった　　旨、申し出たことを証明します。

なお、今後は被保険者証・被扶養者証を失う（汚す）ことのないように被保険者を指導します。

平成　　年　　月　　日

事業主の　住所

氏名・印　　㊞

上記の通り再交付を申請します。なお、今後は汚し又は、失うことのないようによく注意するとともに、失った被保険者または被扶養者証を発見した時は、ただちにお返し致します。

平成　　年　　月　　日

ダイフク健康保険組合　殿

被保険者　氏名・印　　㊞

（注意事項）

1. 不要の文字は、抹消すること。
2. 汚し又は、無余白となった為の再交付申請であるときは、その被保険者証または被扶養者証をそえること。