

滅失（無くした時）、き損（破損等で表面が読めない等）
どちらかを選んでください

コスモ石油健康保険組合

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証 **滅失** **失損** 再交付申請書

事業所コード

--	--	--

事務担当者印

--

被保険者の情報を入力

① 健康保険被保険者証の記号・番号				ア 被保険者の氏名				② 被保険者の生年月日				イ 性別	③ 再交付の原因			
2 0 2 0 2 8 9 9 9				健保 太郎 健保				大正昭和平成 5 5 0 5 0 5				男・女	滅失・き損			
ウ 資格取得年月日				エ 被保険者の住所				被保険者証の送付先を選択ください（宛先は被保険者名となります）								
昭和平成 1 0 0 4 0 1				東京都港区芝一丁目10番11号				〒105-0014 住所 東京都港区芝浦1-1-1 会社宛ての場合は記入 会社名 コスモ石油（株） 部署名 健康保険組合								
オ 再交付対象者の氏名		カ 生年月日		キ 性別		ク 続柄		オ 再交付対象者の氏名		カ 生年月日		キ 性別		ク 続柄		
健保 太郎		明治大正昭和平成 5 5 0 5 0 5		男・女		本人										
健保 花子		明治大正昭和平成 5 6 0 5 0 4		男・女		妻										
健保 一郎		明治大正昭和平成 1 1 1 1 0 1		男・女		長男										

被保険者証の再交付をされる方のお名前等を全て記入

被保険者証の再交付には返信用封筒に「簡易書留」と赤字で記入し、郵送用切手（434円）を同封して下さい。

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、今後は健康保険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。

被保険者証を送付する先を必ず記入してください
被保険者名で送付いたします

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話	()	—

事業主の証明を受けてください

