

健康保険被保険者証 **滅失** 再交付申請書  
**き損**

届書コード  
 2 5 1

専務理事	常務理事	事務局長	部長	課長	係長	主任	係

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名		生 年 月 日				性別	資 格 取 得 年 月 日									
54	776	(氏) 田中	(名) 太郎	昭 平	○	○	0	3	1	9	男 女	昭 平 令	○	○	0	4	0	1
被 保 険 者 の 住 所										備 考								
〒 167-4567																		
東京都 杉並区 上井草 1-2-3-333																		

再交付申請の対象となる方を記入	氏 名		生 年 月 日				性別	続柄	再交付を申請する理由 (詳しく)	最近受診した医療機関名 (必ず)			
	被 保 険 者	(氏)	(名)	昭 平					男 女	本人			
被 扶 養 者	(氏)	(名)	昭 平 令	○	○	0	5	0	3	男 女	長男	旅行中に保険証の入ったバックを盗まれた。	△△クリニック
	(氏)	(名)	昭 平 令							男 女		警察に届出。No.○○○○	
	(氏)	(名)	昭 平 令								男 女		

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届出いたします。

令和 年 月 日提出

〒 101 - 1234

事業所所在地 東京都千代田区神田駿河台1-1-1

確認日付印

受付日付印

事業所名称 駿河台信用金庫  
 事業主氏名 理事長 堀 一郎

係	処 理

東京都信用金庫健康保険組合