

常務理事	事務長	係

被 保 険 者 証 再 交 付 決 定 伺

被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	事業所名	
被保険者氏名			資格取得 年月日	昭和・平成 令和 年 月 日
再交付決定 年 月 日	年 月 日		備 考	

健康保険被保険者証 滅失・毀損 再交付申請書

被保険者証の 記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者 氏名	
被保険者の 生年月日・性別	(生年月日) 昭和・平成 年 月 日		(性別) 男 ・ 女	
被保険者の 現住所	〒 -			
再交付を受け る方の氏名・続 柄・生年月日	(氏名)		(続柄)	
	(生年月日) 昭和・平成・令和 年 月 日			
再交付を 申請する理由	(被保険者証を失くしたときの状況を詳しく)			
	(警察署名		受理番号 )	

大日本塗料健康保険組合 理事長殿

年 月 日 提出

事 業 主 の 証 明	
被保険者 には、健康保険の被保険者証を 滅失・毀損 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又は毀損することのないよう全被保険者を対象に周知 徹底をはかります。	
年 月 日	
事業主 住所 氏名	