

|      |     |    |      |    |
|------|-----|----|------|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 課長補佐 | 係員 |
|      |     |    |      |    |

# 健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

年 月 日

(宛先)

東京地下鉄健康保険組合

|                 |  |     |                |       |     |            |            |        |
|-----------------|--|-----|----------------|-------|-----|------------|------------|--------|
| 所 属             |  |     | 健康保険証<br>記号-番号 | —     |     |            |            |        |
| 被保険者氏名          |  |     | 生年月日           | 年     | 月   | 日          | 性<br>別     | 男<br>女 |
| 資格取得<br>年 月 日   | 年 月 日  |     | 被保険者住所         |       |     |            |            |        |
| 再交付申請の対象となる者    | 被保険者   | 氏 名 | 生年月日           | 性別    | 続柄  | 再交付の原因     |            |        |
|                 |  |     | 上 記 に 同 じ      | 本人    |     | 滅 失<br>き 損 |            |        |
|                 | 被扶養者   |     |                | 年 月 日 | 男・女 |            | 滅 失<br>き 損 |        |
|                 |  |     |                | 年 月 日 | 男・女 |            | 滅 失<br>き 損 |        |
|                 |  |     |                | 年 月 日 | 男・女 |            | 滅 失<br>き 損 |        |
|                 |  |     | 年 月 日          | 男・女   |     | 滅 失<br>き 損 |            |        |
| 申請理由            |  |     |                |       |     |            |            |        |
| 滅失の<br>場合       | 年 月 日、届出 警察署(受理番号: )   |     |                |       |     |            |            |        |
| 事業主又は<br>所属長の証明 | <p>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。<br/>         なお、今後は健康保険被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業主<br/>所属長 氏名</p> |     |                |       |     |            |            |        |

★滅失した保険証が見つかったときは、見つかった保険証をすみやかに返納してください。