

受 付	令和	年	月	日
決 定	令和	年	月	日

理事長	常務理事	事務長	係 員

健康保険被保険者証 再交付申請書

被保険者証の 記号・番号	—		被保険者名	Ⓜ		男・女	
			生年月日	昭・平	年	月 日	
再交付を申請 する被保険者証	1	被保険者分					
	2	被扶養者分	※再交付を申請する被扶養者について下欄に記入して下さい。				
		氏 名	性別	生年月日	続柄		
			男・女	昭 平・令	年	月 日	
			男・女	昭 平・令	年	月 日	
		男・女	昭 平・令	年	月 日		
再交付の理由							

令和 年 月 日提出

天理よろづ相談所健康保険組合理事長 殿

上記のとおり、被保険者から再交付申請がありましたので、相違ないことを証明します。 なお、今後は被保険者証を紛失することのないよう、周知徹底を図ります。	
事業主 住所	奈良県天理市三島町200番地
事業主 所在地	公益財団法人 天理よろづ相談所
事業主 氏名	理事長 増野正俊 Ⓜ