蝶理健康保険組合　御中

理事長	常務理事	事務長	担当

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名		生年月日		性別	資格取得年月日
		(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男 1. 女 2.	年 月 日

被保険者の住所	備考

再交付申請の対象となる者		氏名		生年月日		性別	続柄	再交付の原因		備考
	被保険者欄	(氏)	(名)	上記に同じ			本人	滅失 3. き損 4.	※ 新規 7. その他 8.	
	被扶養者欄	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男 1. 女 2.		滅失 3. き損 4.	※ 新規 7. その他 8.	
		(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男 1. 女 2.		滅失 3. き損 4.	※ 新規 7. その他 8.	
		(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男 1. 女 2.		滅失 3. き損 4.	※ 新規 7. その他 8.	
		(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年 月 日	男 1. 女 2.		滅失 3. き損 4.	※ 新規 7. その他 8.	

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。なお、今後は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。

事業所所在地	〒　　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話	（　　局）　　番

令和　　年　　月　　日 提出

受付日付印

健康保険被保険者証を受領いたしました。	
氏名	