年　　月　　日

センコー健康保険組合 殿

健康保険 被 保 険 者 証 再 交 付 申 請 書

※再交付申請する被保険者証が複数ある場合は、申請する方お１人ずつこの申請書を作成してください。

被保険者

〔被保険者証〕　記号　　番号

〔被保険者住所〕

〔被保険者氏名〕

事 業 主
（任意継続の場合は不要）

〔事業主の住所〕

〔事業主の名称〕

〔代表者の氏名〕

下記事由により、健康保険被保険者証の再交付を申請します。

記

１．再交付申請事由（申請人が該当する項目に〇印）

① 毀　　損　　現被保険者証を必ず添付下さい。
② 遺　　失　　健康保険被保険者証遺失届を必ず添付下さい。
③ そ の 他　　（　　）

２．申請該当者

【　】内の該当するほうに〇　【　被保険者（本人）　・　被扶養者（家族）　】

・被扶養者の場合（氏名：　　続柄：　　）

３．添付書類

●被保険者証遺失届　　（　　）部

※被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（加入者が直接健康保険組合へ申請する場合は、個人番号確認・本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担　当	担　当

事務連絡先	所属	関係会社（社名：　　）	担当者	