常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証再交付願

（紛失）　（き損：印字のかすれ）　（無余白）

※太枠内をご記入・署名のうえ、事業主経由（事業主の証明印が必要）にてご提出ください。
★（紛失）の場合は、健康保険被保険者証滅失届も一緒にご提出ください。
☆（き損：印字のかすれ）（無余白）の場合は、き損・無余白の健康保険被保険者証を添付してください。
※ 任意継続被保険者の方は、写真付公的証明書（免許証）写し又は住民票写しを添付のうえ、直接、健康保険組合へご提出ください。

長谷工健康保険組合　様

（紛失）（き損）（無余白）により「健康保険被保険者証」の再交付をお願いいたします。

令和　　年　　月　　日

住　所　〒

被保険者（本人）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（自署）

健康保険被保険者証	記　号		番　号	
事　業　所　名				
所　　属　　名				
連絡がつく電話番号				
再交付該当者 続柄は、(本人)(妻)(長男)(長女)(父)(母)など詳しく記入	続　柄	該当者氏名	生年月日	
			昭・平・令　　年　　月　　日	
			昭・平・令　　年　　月　　日	
			昭・平・令　　年　　月　　日	
			昭・平・令　　年　　月　　日	
			昭・平・令　　年　　月　　日	
申　請　事　由	（紛失時期、場所、状況、事情等、詳細を分かりやすく記載してください。）			

事　業　主　の　証　明

上記被保険者は健康保険被保険者証を滅失・き損・無余白したことに相違ないこと、記載内容に相違ないことを証明します。

なお、今後は健康保険被保険者証を滅失またはき損する事のない様に全被保険者を対象に周知徹底をはかります。

住　所

事業主

氏　名

受付日付印