

常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険 任意継続被保険者 資格情報のお知らせ 再交付申請書

被 保 険 者 欄	1	記号・番号	記号	番号				
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成		年		月	日
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)	(氏)	(名)			
	4	送付先	〒 -					

再 交 付 対 象 者 欄 (該 当 記 号 ア ・ イ に ○)	ア	被保険者(本人)分						5	再交付の原因	
									滅失・毀損・その他	
	イ	被扶養者(家族)分 ※ 下記に再交付を希望する被扶養者について記入すること。								
		6	被扶養者の氏名		7	被扶養者の生年月日		8	性別	9
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		滅失・毀損・その他
	(氏)	(名)		昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		滅失・毀損・その他
	10	再交付の理由 〔滅失の場合は、 そのときの状況〕								
<p>資格情報のお知らせについて、上記のとおり申請いたします。 今後は取扱いに十分注意いたします。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者の氏名 _____</p>										

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	

受付日付印