

# 健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	課長・リーダー	担当者

※太線内にご記入ください。

被 保 険 者	記号	番号	氏名	
	会社名		所属 (社内TEL: _____ )	
再 交 付 対 象 者	氏 名	生年月日		続柄
		S・H	. .	
		S・H	. .	
		S・H	. .	
		S・H	. .	
		S・H	. .	
被保険者証を滅失または汚損したときの状況を詳細にご記入ください。				
<p>上記の状況により被保険者証を滅失・汚損しましたので、再交付を申請いたします。          なお、旧被保険者証が見つかった場合は、ただちに旧被保険者証を返納いたします。          また、旧被保険者証による不正受診等が発生した場合には、貴組合の指示に従い責任をもって対処いたします。</p> <p style="text-align: right;">平成      年      月      日 提出</p>				

武田薬品健康保険組合

- 注：
1. 汚損の場合は汚損した被保険者証を添付してください。
  2. 武田薬品の方および任意継続の方は健康保険組合へ提出してください。
  3. 武田薬品以外の方は事業所人事担当者へ提出してください。
  4. 武田薬品の方は被保険者証の送付先（部署名等）を記入した返信用封筒を同封してください。
  5. 盗難等に遭った場合はすぐに警察へ盗難届を出してください。

健 保 処 理 欄	証回収(滅失)入力	
	証再発行入力	
	証発送	
	証廃棄 (シレグダー)	