

# 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 (TEL: _____ )	
再 交 付 対 象 者	氏 名	生年月日		続柄
		S・H・R	. .	
		S・H・R	. .	
		S・H・R	. .	
		S・H・R	. .	
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;">令和      年      月      日 提出</p>				

武田薬品健康保険組合

- 注： 1. 武田薬品および任意継続の方は宛先を記入した返信用封筒を同封し、健康保険組合へ提出してください。
2. 武田薬品以外の事業所の方は、会社の健保事務担当者に提出してください。
3. 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。
4. 汚損の場合は汚損した被保険者証を添付してください。

健 保 処 理 欄	証回収(滅失)入力	
	証再発行入力	
	証発送	
	証廃棄 (シュレッダー)	