

# 健康保険被保険者証 き 損 再交付申請書 住所変更

常務理事	事務長	扱 者

提出日 年 月 日

被保険者証		記号	番号	被保険者氏名			⑨	
性別	男 女	生年月日	昭・平・令	年	月	日	勤務事業所	
住 所		〒			資格取得年月日	昭 平	年 月 日	
再交付申請の対象となる者	被 保 険 者 欄	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	再交付の原因	備考	
			上記に同じ		本人	1. き損 2. 住所変更		
	被 扶 養 者 欄	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	再交付原因	備考	
			昭平令	年 月 日	男 女		1. き損 2. 住所変更	
			昭平令	年 月 日	男 女		1. き損 2. 住所変更	
			昭平令	年 月 日	男 女		1. き損 2. 住所変更	
	昭平令	年 月 日	男 女		1. き損 2. 住所変更			
	昭平令	年 月 日	男 女		1. き損 2. 住所変更			

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出します。

事業所所在地 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 事業所名称 \_\_\_\_\_ 印  
 事業主氏名 \_\_\_\_\_

健保受付印

東急百貨店健康保険組合理事長 殿

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。  
(マイナンバーを記載した場合は、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

**\*記入前に必ずお読みください**

1. 再交付対象者の被保険者証を添えて提出してください。
2. 再交付原因欄は該当する原因を○で囲んでください。
3. 「き損」の再交付申請をする方は、今後は被保険者証の取扱いに十分注意するようお願いします。
4. 「住所変更」の再交付申請をする方で、記号が50・52・61・66・67・70・71の方は別途「住所変更届」が必要です。