

申請者 →

事業主（人事担当者）

→

伊藤忠健康保険組合(ITCKH)

健康保険被保険者証  
(滅失)  
(毀損)

常務理事	事務長	担当者

## 再交付申請書

太枠内を記入してください

被保険者氏名		姓別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
所属部課名	インテイクター： TEL：				
健康保険被保険者証 記号・番号	(記号)	(番号)			
現在勤務 している 事業所の	名称				
	所在地				
	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
再交付する方 の氏名を記載 ください。 ( )は続柄	①本人氏名	(本人)	④家族氏名	( )	
	②家族氏名	( )	⑤家族氏名	( )	
	③家族氏名	( )	⑥家族氏名	( )	
再交付申請を する理由 (詳しく)	※いっどこで紛失したか詳細を記入し、屋外紛失の場合は最寄りの警察へ届出た上で申請ください。				
上記理由により、再交付を申請します。 尚、今後は十分取り扱いに注意し、発見したときは直ちに返納いたします。 年 月 日 伊藤忠健康保険組合 理事長 殿 被保険者氏名 _____					

事業主 の 証 明	上記の通り被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 尚、今後は被保険者証の滅失または毀損することのないよう 十分指導いたします。 年 月 日		(受付印)
	事業主 住所 氏名		

※申請理由の内容により不要字句を抹消のこと。

※紛失・盗難にあった場合は、悪用される危険性がありますので、まず最寄の警察に  
紛失・盗難届を必ずお出しく下さい。紛失・盗難の法的な証明となります。

※本申請書はご本人の依頼する保険証の再交付手続きを目的として利用致します。