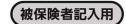
健康保険 被保険者証 再交付申請書





申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。

被		記号		番号				生年月日	年		B
保险	被保険者証の										,
被保険者情報								□ 昭和 □ 平成			╽┃
報		(フリガナ)									\neg
	氏名										
		ris do									
	住所	(〒 −	都道府。								
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()								
▼ 再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。											
Γ	□被保险	食者(本人)を	}							交付の原因	
_											
□ 被扶養者(家族)分 ※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してく											0
\vdash	被扶養者氏名			□昭和	生年月				再交付の		
L				□ 平成 □ 令和	年 	月	日	□ 滅タ	□ 滅失 □ き損 □ その他		
				□ 昭和□ 平成□ 令和	年	月	B	□ 滅タ	夫 口き損	□その他	
				□ 昭和 □ 平成 □ 令和	年	月	日	□ 滅乡	失 □き損	□その他	
	備考										
重		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。									\equiv
事業 主欄	事業所所在地	(T –	5/25 CMM0 /2500 50				・任意継続被保険者(※1)の方は 事業主欄の記入は不要です。				
檷	事業所名称									任意継続健康保険	倹に
	事業主氏名							加入る	されている者		
	電話番号	()								
	*再交付発行手数料(500円/枚)は、後日精算となります。 (2022.5 受付日付印										
社会保険労務士の											
提出代行者名記載欄											
2 1 1 1 1 6											

サノフィ健康保険組合

(1/1)