

前回交付	平成 令和 年 月 日
旧証添付	有 無
申請理由	滅失/毀損

常務理事	事務長	係	保険証	台帳

資格取得日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
再交付年月日	令和 年 月 日

健康保険被保険者証再交付申請書

令和 年 月 日

T I S インテックグループ健康保険組合理事長 殿

住所

被保険者

フリガナ

氏名

下記のとおり被保険者証 滅失 により被保険者証の再交付を申請します。

記号	番号	事業所 名称	
申請対象者			
本人家 族の別	本人 家族	続柄	氏名
滅失した日	令和 年 月 日	滅失した場所	
届出の 理由 (詳しく)	今後は、滅失・毀損等の事故を起こさないよう被保険者証の保管について十分に注意します。		

受付印

上記のとおり相違ありません
令和 年 月 日

事業主

R3.2

備考欄

〔注意事項〕 毀損の場合は毀損カードを必ず添付してください。

※再交付による発行手数料 (1,000 円) は、後日給与天引きとなります。