

受付	令和	年	月	日
決定	令和	年	月	日

前回交付 年 月 日	年 月 日
旧被保険者証 添付	有 無
申請理由	滅失 毀損

交付決議書			
資格取得		年 月 日	
再交付年月日	令和	年 月 日	

被保険者証 本人 再交付申請書

令和 年 月 日

東亜道路健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所
氏 名 印

下記のとおり被保険者証 滅失
毀 損 によりお届けします。

今後は充分取り扱いに注意いたしますので、再交付願いたく
申請いたします。

なお、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者証の		再交付申請の対象となる者	続 柄	
記号と番号	第 号			
事業所の 名 称				
届出の事由				

上記の届出のとおり相違ありません

令和 年 月 日

事業主 印