

交付決定伺	起案	年	月	日	決定	年	月	日	交付	年	月	日
	常務理事	事務長	担当者		資格取得				決定意見			
						年	月	日				

健康保険被保険者証 滅失 毀損 再交付申請書

被保険者証 記号・番号		被保険者 氏名	
被保険者の 住 所			
所 属			
対象者氏名		対象者生年月日	
被保険者証を滅失(毀損)した年月日		年	月 日
滅失・毀損等の 理由及び警察へ の届出状況			

上記お届けいたしますから再交付をお願いします。

年 月 日

住所
被保険者
氏名

阪神高速道路健康保険組合理事長 殿

の事 証業 明主	上記の事項について相違ないことを証明します。		
	事業主 (部・室長)	住所	
		氏名	

※標題の滅失、毀損について、該当するものを○で囲んでください。
また、毀損の場合はその被保険者証も添付してください。