【送付先】・従業員：(紙媒体の場合)神崎川ｵﾌｨｽ SBP 人事 社会保険ｸﾞﾙｰﾌﾟ 保険証担当
(E ﾒｰﾙの場合)A:SBP_社会保険担当
・任意継続被保険者：健保組合

塩野義健康保険組合理事長殿

健康保険被保険者証 □滅失 □棄損 再交付申請書

被保険者記入欄					
氏名No.	被保険者証				
	記号		番号		
会社名	事業所		所属		
滅失・棄損年月日	令和　　年　　月　　日				
滅失・棄損した人の氏名					
滅失・棄損した理由（詳しく）					

上記のとおり健康保険被保険者証が 滅失・棄損 となりましたので、
再交付を申請いたします。
なお、滅失した被保険者証がみつかりました時は、
この再交付分被保険者証をただちにお返しいたします。

（注意）棄損による再交付申請の時は、棄損の被保険者証を添付して下さい。

令和　　年　　月　　日

被保険者　住所

氏名（戸籍名）

※被保険者記入欄のみご記入ください。

事業主受付

健康保険組合処理欄							
被保険者証再交付可否伺				備　考	登録		
上記被保険者証再交付申請に対して被保険者証の交付の可否を伺います 可　・　否				健康保険組合受付			
理事長	常務理事	主　任	係				