常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険　被保険者証 高齢受給者証　滅 失・き 損　再交付申請書

＜被保険者記入欄＞

資格喪失後の滅失に対しては保険証等の再発行は行いません。

被保険者証の記号・番号		○○○　・　○○○
被保険者	氏　名	健保　太郎
	生　年　月　日	昭和・平成　○　年　○　月　○　日
	住所・電話番号	〒　530　－　0005　※自宅住所をマンション名、部屋番号までご記入ください 大阪府大阪市北区中之島○－○－○　○○マンション○号室 電話（　06　）○○○○　－　○○○○
	資格取得年月日	昭和・平成・令和　○　年　○　月　○　日

申請対象者の氏名等	氏　名	続柄	生年月日	再交付の原因
	健保　花子	妻	昭和・平成・令和　○　年　○　月　○　日	滅失・き損・その他
			昭和・平成・令和　年　月　日	滅失・き損・その他
			昭和・平成・令和　年　月　日	滅失・き損・その他
			昭和・平成・令和　年　月　日	滅失・き損・その他

再交付の理由

（滅失した場所やき損させた理由などをできるだけ詳しく記入してください。）

※詳しくご記入ください

上記のとおり再交付を申請します。なお、今後は滅失またはき損することのないよう注意するとともに、失った被保険者証を発見したときは直ちにJAST健康保険組合へお返しします。

＜事業主記入欄＞

※事業主記入欄

※届出書に記入した内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記入のうえ、訂正者の氏名を記入してください。
なお、押印している場合は、上記の方法による訂正または押印による訂正のどちらかをしてください。

◆提出先　在籍者：大阪本社　退職者：ＪＡＳＴ健康保険組合
◆照会先　ＪＡＳＴ健康保険組合
〒530-0005　大阪市北区中之島二丁目3番18号　中之島フェスティバルタワー28階
TEL：06-4560-1008　E-mail：info@jastkenpo.or.jp