

前回交付年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
旧被保険者証添付	有 ・ 無	
申請理由	滅 失	
	毀 損	
	無 余 白	

受 付	令和 年 月 日		
決 定	令和 年 月 日		
交 付 決 議 書			
常務理事	事務長		担 当 者
資格取得	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願

令和 年 月 日

セントラルスポーツ健康保険組合理事長殿

社員番号4桁 アシスタント番号6桁

被保険者 住 所 _____
氏 名 _____

下記のとおりに、被保険者証 滅 失 により届出いたしますので、再交付願います。
毀 損
無 余 白

被保険者証 記号	1011	所 属	
被保険者証 番号			
届出の事由			
再交付対象者氏名			

【事業主記載欄】

事業主の確認により下記内容及び本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

- ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。
②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
③本人押印・署名にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。

上記のとおり、被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。
記載内容に相違ありません。

令和 年 月 日

東京都中央区新川1丁目21番2号 茅場町タワー2F

事業主 セントラルスポーツ株式会社

代表取締役社長 執行役員 後藤 聖治 印