



(令和6年12月改定)

常務理事	事務長	担当

## 健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	従業員番号 (付与されている方のみ)						
	氏名	(フリガナ) (氏)	(名)				
	住所	〒 電話番号					

対 象 者 欄	被 保 険 者	(フリガナ) (氏名)	生年月日	申請理由
				<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	(フリガナ) (氏名)	生年月日 昭和 平成・令和	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ②	(フリガナ) (氏名)	生年月日 昭和 平成・令和	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ③	(フリガナ) (氏名)	生年月日 昭和 平成・令和	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

理 由 欄	1. 滅失 2. き損 3. その他 ( )
-------------	------------------------------

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	事業主受付	健保受付印
	所在地	令和 年 月 日	
	名称 事業主氏名	担当者	

LIXIL健康保険組合



記入見本

常務理事	事務長	担当

健康保険 資格情報のお知らせ 再交付申請書

令和 \*\* 年 \*\* 月 \*\* 日

被 保 険 者 情 報	記号	131	番号	〇〇〇〇〇	生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	従業員番号 (付与されている方のみ)		〇〇〇〇〇				**	**	**
	氏名	(フリガナ) ケンポ (氏) 健保			タロウ (名) 太郎				
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇			電話番号 ***-***-****				

「本人分は"同上"でも可」

対 象 者 欄	被 保 険 者	(フリガナ) (氏名)	生年月日	申請理由
		同上	同上	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ①	(フリガナ) (氏名)	生年月日 昭和 平成・令和	<input checked="" type="checkbox"/> 1 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ②	(フリガナ) (氏名)	生年月日 昭和 平成・令和	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください
	被 扶 養 者 ③	(フリガナ) (氏名)	生年月日 昭和 平成・令和	<input type="checkbox"/> 下記、理由欄より必ず選択ください

理 由 欄	1. 滅失 2. き損 3. その他 ( )
-------------	------------------------------

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。	事業主受付	健保受付印
	所在地	令和 年 月 日	
	名称 事業主氏名	担当者	