

		伺・交付年月日					
		常務理事	事務長	業務課長	課長代行	業務係長	担 者

【注意事項】

☆ ☆
 被保険者証を事業主および健保組合に提出している際、被保険者等が、医療機関に受診を希望する場合には、事業主は、資格証明書（適用十四）を交付してください。
 減失により旧証を回収できない場合は、減失届（適用三〇）を作成してください。

事業所名称・所在地変更に伴う被保険者証再交付申請書

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿

当社は、下記のとおり、事業所の（ 名称 ・ 所在地 ）を変更しましたので、現在交付されている被保険者証の再交付を申請いたします。

事業所記号		新	旧
事業所	名 称		
	所在地		
変更年月日		平成 年 月 日	
		旧被保険者証回収状況	
回収件数		件	
減失件数		件	
合計件数		件	

平成 年 月 日

【 受 付 年 月 日 】

事業所所在地	(印)
事業所名称	
代表者氏名	
電話番号	

伊藤忠連合健康保険組合