	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】

✧ 滅失により旧証を回収できない場合は、滅失届（適用三〇）を作成してください。

✧ 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。

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		令和　　年　　月　　日	
		旧被保険者証回収状況	
回収件数		件	
滅失件数		件	
合計件数		件	

令和　　年　　月　　日

【 受 付 年 月 日 】

事業所所在地	
事 業 所 名 称	
代 表 者 氏 名	（印）
電 話 番 号	（　　）

伊藤忠連合健康保険組合