

適用 32	伺・交付年月日				
	常務理事	事務長	業務課長	係長	担当

<p>【注意事項】</p> <p>◇ ◇</p> <p>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14）を交付してください。</p> <p>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。</p>	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		
	減失件数		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	
電話番号	()

伊藤忠連合健康保険組合