

資格情報のお知らせ 再交付申請書

トランスコスモス健康保険組合

被 保 険 者	① 記 号 番 号	記号		番号		② 会 社 の 名 称				
	フリガナ					④ 資 格 取 得 日 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和			
	③ 被 保 険 者 氏 名						年 月 日			
	⑤ 被 保 険 者 住 所	〒		—						
	⑥ 連 絡 先 電 話 番 号	()					もしくは ()			
対 象 者	⑦ 再 交 付 を う け る 方	☐ 本人								
		☐ 家族	氏名				被保険者との続柄			
		☐ 家族	氏名				被保険者との続柄			
		☐ 家族	氏名				被保険者との続柄			
	⑧ 申 請 理 由	☐ 紛失 ☐ き損(き損したカードを添付) ☐ その他()								

■ 申請書について

- ①再交付を受ける方にチェックし、ご家族の場合は氏名と続柄を記入してください
- ②申請は「健康保険組合に直接申請」あるいは「会社経由の申請」のいずれも可です
- <直接申請の送付先> 〒150-0011 東京都渋谷区東2-23-3 タグシビル4階 トランスコスモス健康保険組合 適用担当宛
- 定型封筒に「切手110円」を貼付・返送先を記入した返信用封筒を添えて申請してください
- ※返信用封筒の添付がないときは会社経由での交付となります)

健 保 記 入 欄	備考						
	提出	本人	郵送 ・ 持参				
		会社					
	送付	本人	返信用封筒 ・ 受取				
		会社					
		日付					

受付印