

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長	業務課長	係長	担当者

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	③ 被保険者の氏名 (氏) _____ (名) _____	④ 生年月日 昭和 平成 _____ 年 月 日	⑤ 性別 男 女	⑥ 資格取得年月日 昭和 平成 令和 _____ 年 月 日
⑦ 被保険者の住所			⑧ 備考		

	⑨ 氏名 (氏) _____ (名) _____	⑩ 生年月日 昭和 平成 _____ 年 月 日	⑪ 性別 男・女	⑫ 続柄	⑬ 再交付の原因 滅失・き損	⑭ 備考
再交付申請の対象となる者	(氏) _____ (名) _____	昭和 平成 _____ 年 月 日	男・女		滅失・き損	
	(氏) _____ (名) _____	昭和 平成 _____ 年 月 日	男・女		滅失・き損	
	(氏) _____ (名) _____	昭和 平成 _____ 年 月 日	男・女		滅失・き損	
	(氏) _____ (名) _____	昭和 平成 _____ 年 月 日	男・女		滅失・き損	

(記入上の注意)
 ・標題及び⑬再交付の原因の滅失・き損のそれぞれの該当文字を○で囲んで下さい。
 ・⑨以降は実際に再交付を要とする者のみを記入し、続柄欄には本人や長男・長女などと記入して下さい。

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失又は、き損することのないよう充分指導いたします。	
事業所所在地	〒 _____
事業所名称	
事業主名	
電話番号	_____ - _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出

┌───────────┐
受付日付印