

健康保険被保険者証 滅失 損害 再交付申請書

常務理事	事務長	主任	係員

◎要申請者（被保険者）が自ら署名する場合には、「申請者（被保険者）の指名・印」欄の押印は不要です。
 ◎続柄は、「性別・再交付の原因は、該当する文字を○印で囲むこと。」
 ◎本人「妻」「長男」「長女」「父」「母」などと詳しく記入すること。

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	(ア) 申請者（被保険者）の氏名・印 (氏) (名) 印	③ 被保険者の生年月日 昭 5 年 月 日 平 7 令 9	(イ) 性別 男 1. 女 2.	(ウ) 資格取得年月日 昭 5 年 月 日 平 7 令 9
(エ) 被保険者の住所 〒			(オ) 滅失またはき損の事由		

再交付申請の対象となる者（被保険者も含む）	(カ) 氏名	(キ) 生年月日	(ク) 性別	(ケ) 続柄	④ 再交付の原因	(コ) 備考
	(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1. 女 2.		滅失 3. き損 4.	新規 7. その他 8.
(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1. 女 2.		滅失 3. き損 4.	新規 7. その他 8.	
(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1. 女 2.		滅失 3. き損 4.	新規 7. その他 8.	
(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1. 女 2.		滅失 3. き損 4.	新規 7. その他 8.	
(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1. 女 2.		滅失 3. き損 4.	新規 7. その他 8.	

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提出いたします。
 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名 印

電 話 (局) 番

令和 年 月 日

受付日付印

社会保険労務士の届出代行者印

印