

健康保険被保険者証 減き 失損 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	扱者

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) 健 保 (名) ○ ○	④ 被保険者の生年月日 昭 5 年 ○ 月 ○ 日 平 7 年 ○ 月 ○ 日 令 9 年 ○ 月 ○ 日	⑤ 資格取得年月日 ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日
⑥ 被保険者の住所 東京都港区○○			⑦ 備考 引っ越し時に廃棄してしまった	

◎記入方法は裏面にありますのでよくお読みください。

再交付申請書の対象となる者	被保険者欄	⑧ 氏名 (氏) (名)	⑨ 生年月日 上 記 に 同 じ	⑩続柄 本人	⑪ 再交付の原因 滅 失 き 損	備考
	被扶養者欄	⑧ 氏名 (氏) 健 保 (名) ○ ○	⑨ 生年月日 昭 5 年 ○ 月 ○ 日 平 7 年 ○ 月 ○ 日 令 9 年 ○ 月 ○ 日	⑩続柄 妻	⑪ 再交付の原因 滅 失 き 損	備考
		⑧ 氏名 (氏) (名)	⑨ 生年月日 昭 5 年 ○ 月 ○ 日 平 7 年 ○ 月 ○ 日 令 9 年 ○ 月 ○ 日	⑩続柄	⑪ 再交付の原因 滅 失 き 損	備考
		⑧ 氏名 (氏) (名)	⑨ 生年月日 昭 5 年 ○ 月 ○ 日 平 7 年 ○ 月 ○ 日 令 9 年 ○ 月 ○ 日	⑩続柄	⑪ 再交付の原因 滅 失 き 損	備考
		⑧ 氏名 (氏) (名)	⑨ 生年月日 昭 5 年 ○ 月 ○ 日 平 7 年 ○ 月 ○ 日 令 9 年 ○ 月 ○ 日	⑩続柄	⑪ 再交付の原因 滅 失 き 損	備考

令和 年 月 日

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がありましたので提出いたします。
なお、今後は被保険者証を滅失また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	○○○ (○○○) ○○○○
事業主氏名電話	○○○ (○○○) ○○○○

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者	