

健康保険被保険者証

滅失
き損
その他

再交付申請書

課長	課長補佐	課員

※この届出書に記入の個人情報、第三者には提供いたしません。

ア	健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被保険者氏名	被保険者生年月日	再交付の原因
				昭和・平成 年 月 日	滅失 き 損 その他
	資格取得年月日	被保険者の住所		備考	
	昭和・平成・令和 年 月 日	〒 ー			

イ	被扶養者氏名	生年月日	続柄
		昭 平 令 年 月 日	
	被扶養者氏名	生年月日	続柄
		昭 平 令 年 月 日	
	被扶養者氏名	生年月日	続柄
		昭 平 令 年 月 日	

(注意事項)

- ◆ 被保険者の方の再交付を申請する場合、「ア」を「○」で囲みア欄の太枠内を記入してください。
- ◆ 被扶養者の方の再交付を申請する場合、「イ」を「○」で囲みア欄とイ欄の太枠内を記入してください。
- ◆ 保険証の印字が不鮮明となった場合、「その他」を「○」で囲み備考に理由を付記し、保険証を添付してください。
- ◆ 再交付の原因が滅失の場合、「被保険者証滅失届」を添付してください。

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

令和 年 月 日提出

受付日付印

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 ()

健康保険被保険者証を受領いたしました

氏名

社会保険労務士記載欄