

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

※この届出書においての個人情報は第三者に漏洩しないよう保護される。付の支給または保険料等の徴収に関する事務	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
	1234	5678	食品 翔平	昭和・平成 50年 10月 10日	滅失き損その他
ア	資格取得年月日	被保険者の住所		備考	
	昭和 平成 令和 10年 4月 1日	〒 244 - 0000 神奈川県横浜市戸塚区○○○町○ - ○		保管場所が分からなくなつた	

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「○」で囲みイ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 4年 8月 1日提出

受付日付印

事業所所在地 東京都台東区東上野〇一〇一〇
事業所名称 東食物産 株式会社
事業主氏名 東食 太郎
電話番号 03 (1234) 5678

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

東京都食品健康保険組合