

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、健康保険法による保険給付の支給または保険料等の徴収に関する事務については提供いたしません。

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	性別	再交付の原因
1234	3456	東京 一郎	昭和・平成 50年 5月 5日	男 女	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 10年 7月 1日	〒 330 - 0000 埼玉県さいたま市中央区〇〇町〇-〇-〇			落としたときに割れてしまった	

被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
東京 太郎	昭和 12年 4月 10日	男 女	長男
被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
昭平令	年 月 日	男 女	
被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
昭平令	年 月 日	男 女	

- (注意事項)
- ◆ 被保険者の方の再交付を申請する場合、「ア」を「〇」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「〇」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「〇」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。

事業所所在地	東京都台東区〇〇町〇-〇-〇
事業所名称	東食物産株式会社
事業主氏名	東食 正夫
電話	03 (1234) 〇〇〇〇

令和 3 年 6 月 1日提出 受付日付印

社会保険労務士記載欄

健康保険被保険者証を受領いたしました	
氏名	