

健康保険被保険者証 減失 再交付申請書

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証		被保険者の氏名	生年月日			性別	事業所の名称	所属
記号	番号		(昭・平・令)					
			年	月	日	男 女		
被保険者の住所						備考		

再交付申請の対象となる者	被保険者	氏名	生年月日			性別	続柄	住所	再交付の原因
		(氏) (名)	上記に同じ			上記に同じ	本人	上記に同じ	・減失 ・き損
	被扶養者	氏名	生年月日			性別	続柄	住所	再交付の原因
		(氏) (名)	昭平令	年	月	日	男 女		・減失 ・き損
		(氏) (名)	昭平令	年	月	日	男 女		・減失 ・き損
	(氏) (名)	昭平令	年	月	日	男 女		・減失 ・き損	

【事業主記載欄】

確認(チェック)欄	<input type="checkbox"/> 上記の通り、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減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	
電話	

令和 年 月 日 提出

~~~~~  
受 付 日 付 印

記入例

健康保険被保険者証

滅失  
き損

再交付申請書

|      |     |   |
|------|-----|---|
| 常務理事 | 事務長 | 係 |
|      |     |   |

| 健康保険被保険者証 |       | 被保険者の氏名        | 生年月日    |   |   | 性別     | 事業所の名称  | 所属  |
|-----------|-------|----------------|---------|---|---|--------|---------|-----|
| 記号        | 番号    |                | (昭(平)令) |   |   |        |         |     |
| 10        | 12345 | 東亜 太郎          | 年       | 月 | 日 | 男<br>女 | 東亜合成 本社 | 人事G |
| 被保険者の住所   |       | 東京都〇〇区〇〇町1-1-1 |         |   |   | 備考     |         |     |

|              |      |         |       |        |    |         |            |
|--------------|------|---------|-------|--------|----|---------|------------|
| 再交付申請の対象となる者 | 被保険者 | 氏名      | 生年月日  | 性別     | 続柄 | 住所      | 再交付の原因     |
|              |      | (氏) (名) | 年 月 日 | 男<br>女 |    |         | ・滅失<br>・き損 |
|              | 被扶養者 | 氏名      | 生年月日  | 性別     | 続柄 | 住所      | 再交付の原因     |
|              |      | (氏) (名) | 年 月 日 | 男<br>女 | 妻  | 被保険者と同一 | ・滅失<br>・き損 |
|              |      | (氏) (名) | 年 月 日 | 男<br>女 |    |         | ・滅失<br>・き損 |
|              |      | (氏) (名) | 年 月 日 | 男<br>女 |    |         | ・滅失<br>・き損 |

対象者が複数名いる場合は、対象者を全て記入してください。

【事業主記載欄】

|           |                                                                                                                   |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 確認(チェック)欄 | <input type="checkbox"/> 上記の通り、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。<br>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     |                                                                                                                   |
| 電話        |                                                                                                                   |

令和 年 月 日 提出

受付日付印