

届書コード			届書
2	5	1	

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

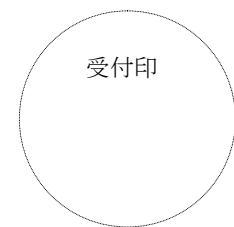
専務理事	常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

健康保険被保険者証の		被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日			性別	資格取得年月日			
記 号	番 号	(氏)	(名)	年	月	日	男	女	年	月	日
1 3 5 5	9 9 8	東 貨	健 一	昭・平	3 6	1 0 2 5	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	昭・平	5 9	4 1
被 保 険 者 の 住 所							備 考				
〒160-0004 東京都新宿区四谷1-23											

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	再交付の原因	※ 滅失したときの状況 スーパーの駐車場で車上荒しにあり、 保険証の入ったバックを盗まれた。 警察には盗難届を提出済み。			
		(氏) 東貨	(名) 健一	上 記 に 同 じ		本人		<input checked="" type="radio"/> 滅失	滅失した年月日	滅失した場所
	被扶養者欄	氏 名	生 年 月 日	性別	続柄	再交付の原因		平成22年 10月 3日	スーパー駐車場	
		(氏) 東貨	(名) 保子	昭・平 4 0 4 2 7	男 <input checked="" type="radio"/> 女	妻		<input checked="" type="radio"/> 滅失		
	(氏)	(名)	昭・平			滅失・き損				
	(氏)	(名)	昭・平			滅失・き損				

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	〒160-0004 東京都新宿区四谷7-89
事業所名称	株式会社
事業主氏名	東健 一男
電 話	03 (3359 局) 1234 番

社会保険労務士の提出代行者印
<input type="text"/>



平成 年 月 日 提出

※ 再交付後に被保険者証を発見したときは、再交付前(最初に交付した)の被保険者証を返納してください。

◎ 被保険者証がき損となったための再交付申請であるときは、「き損」となった被保険者証をこの申請書に添付してください。
◎ 滅失のための再交付申請であるときは、※欄に滅失のときの状況を詳しく記入してください。