

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 |
| | | | | | | |

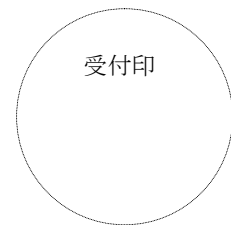
| 健康保険被保険者証の | | 被 保 険 者 の 氏 名 | | 生 年 月 日 | | | | 性別 | 資 格 取 得 年 月 日 | | | |
|---------------|-----|---------------|-----|---------|---|---|---|-----|---------------|---|---|---|
| 記 号 | 番 号 | (氏) | (名) | 昭 平 | 年 | 月 | 日 | 男・女 | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 |
| 被 保 険 者 の 住 所 | | | | | | | | 備 考 | | | | |
| 〒 - | | | | | | | | | | | | |

| 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 ----- ----- ----- ----- ----- | | | |
|--------------|-------|--------------|-------------|----|----|--------|--|-------|--------------------------|-------------|
| | | (氏) (名) | 上 記 に 同 じ | | | 本人 | | 滅失・き損 | | |
| | 被扶養者欄 | 氏 名 | 生 年 月 日 | 性別 | 続柄 | 再交付の原因 | | | | |
| | | (氏) (名) | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | | 男・女 | 滅失・き損 | |
| | | (氏) (名) | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 男・女 | 滅失・き損 | 滅 失 し た 年 月 日 | 滅 失 し た 場 所 |
| | | (氏) (名) | 昭 平 令 | 年 | 月 | 日 | 男・女 | 滅失・き損 | 令 和 年 月 日 | |

| | |
|---|------------------|
| 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 | 〒 - |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | |
| 電 話 | (局) 番 |

令和 年 月 日 提出

| |
|---------------|
| 社会保険労務士の提出代行者 |
| |



※ 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。