

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	担当者

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 の 氏 名		生 年 月 日			性別	資 格 取 得 年 月 日						
		(氏)	(名)	昭 5 平 7 令 9	年	月	日	男 1 女 2	昭 和	平 成	令 和	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 氏 名	生 年 月 日				性別	続 柄	再 交 付 の 原 因		備 考
		上 記 に 同 じ					本人	滅失 き損	1 2	その他 3
	被 扶 養 者 氏 名	生 年 月 日				性別	続 柄	再 交 付 の 原 因		備 考
		昭 5 平 7 令 9	年	月	日	男 1 女 2		滅失 き損	1 2	その他 3
		昭 5 平 7 令 9	年	月	日	男 1 女 2		滅失 き損	1 2	その他 3
		昭 5 平 7 令 9	年	月	日	男 1 女 2		滅失 き損	1 2	その他 3
		昭 5 平 7 令 9	年	月	日	男 1 女 2		滅失 き損	1 2	その他 3

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。	
所 在 地 事業所名称 事業主氏名 電 話	() 局 番

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印