

健康保険被保険者証 減き 失損 再交付申請書

常務理事	事務局長	部長	課長	係長	扱者

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	㉞ 被保険者の氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 明大昭平 1257 年 月 日	① 性別 男 1. 女 2.	㉟ 資格取得年月日 年 月 日	送信
㉚ 被保険者の住所				㉛ 備考		

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	④	㉜ 氏名 (氏) (名)	㉝ 生年月日 上記に同じ	㉞ 性別 男 1. 女 2.	㉟ 続柄 本人	㊱ 再交付の原因 減き 失3. 損4. ※新規7. その他8.	㊲ 備考
	被扶養者欄	④※被扶養者番号	㉜ 氏名 (氏) (名)	㉝ 生年月日 明大昭平 1357 年 月 日	㉞ 性別 男 1. 女 2.	㉟ 続柄	㊱ 再交付の原因 減き 失3. 損4. ※新規7. その他8.	㊲ 備考
			㉜ 氏名 (氏) (名)	㉝ 生年月日 明大昭平 1357 年 月 日	㉞ 性別 男 1. 女 2.	㉟ 続柄	㊱ 再交付の原因 減き 失3. 損4. ※新規7. その他8.	㊲ 備考
			㉜ 氏名 (氏) (名)	㉝ 生年月日 明大昭平 1357 年 月 日	㉞ 性別 男 1. 女 2.	㉟ 続柄	㊱ 再交付の原因 減き 失3. 損4. ※新規7. その他8.	㊲ 備考
			㉜ 氏名 (氏) (名)	㉝ 生年月日 明大昭平 1357 年 月 日	㉞ 性別 男 1. 女 2.	㉟ 続柄	㊱ 再交付の原因 減き 失3. 損4. ※新規7. その他8.	㊲ 備考

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、今後は被保険者証の減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 _____ 印

電話 _____ (_____ 局) _____ 番

健康保険被保険者証
を受領いたしました。

氏名 _____ 印

社会保険労務士の提出代行者印

_____ 印

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 提出

受付日付印

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。