

健康保険 被保険者証 再交付申請書

常務	事務長	部長	次長	課長	補佐	係長	主任	扱者

令和 年 月 日 提出

事業 主 欄	健康保険 被保険者証記号	
	事業所 所在地	〒 -
	事業所 名称	
	事業主 氏名	
	電話番号	()

下記のとおり、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。今後は、被保険者証の取り扱いに十分注意するよう指導いたします。

受付印

社会保険労務士記載欄 | 氏名等

被 保 険 者 欄	① 被保険者 証番号		② 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	③ 生年 月日	昭和 平成	年	月	日	④ 性別	男 女
	⑤ 住 所	〒 -	電話 ()			⑥ 資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	<p>下記のとおり、健康保険被保険者証を滅失・き損した、または盗難にあったので再交付を申請します。 今後は取り扱いに十分注意します。 また、滅失した健康保険被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。</p> <p>被保険者氏名 _____</p>										

①から⑤までの該当欄を記入してください。
○この申請書は、被保険者本人または家族の被保険者証の再交付を申請する場合に提出するものです。
○70歳以上の方が高齢受給者証の再交付を申請するときは、「高齢受給者証再交付申請書」を提出してください。

申 請 の 対 象 者	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄
	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄	① 氏名	(フリガナ) (氏) (名)	② 続柄

申 請 の 理 由	③ 申請の原因 (原因が“き損”の場合は、き損した被保険者証を添えて申請してください)	滅失 ・ き損 ・ 盗難
	④ 被保険者証を滅失・き損した または 盗難にあった年月日と場所 令和 年 月 日 場所	
	⑤ 被保険者証を滅失・き損した または 盗難にあった状況 ※なるべく詳しく記入してください	