

# 健康保険 被保険者証 再交付申請書

常務理事	事務長	部長	補佐	係長	主任	係

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日			性別	資格取得年月日				
		(印)	昭 平	年	月	日	男 女	昭 平	年	月	日
被保険者の住所							*再交付の原因				
〒							滅失 ・ き損				
電話 ( )											

\*再交付の原因が“き損”の場合は、き損した保険者証を添えて申請してください。

再交付対象者	氏名		続柄		氏名		続柄	
	氏名		続柄		氏名		続柄	

再交付申請の原因	滅失・き損	被保険者証を滅失・き損した年月日と場所 平成 年 月 日 場所
	滅失・き損	滅失・き損に至った状況 ※詳細に記載してください。
	盗難	盗難にあった年月日と場所 ※悪用されるケースも想定されますので警察へ届出をお願いします。 平成 年 月 日 場所
	盗難	盗難にあった状況 ※詳細に記載してください。

被保険者署名欄	上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失または、き損し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。
	被保険者の署名・捺印 (印)

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。  
今後は、滅失またはき損することのないよう指導いたします。

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 (印)

電話 ( )

平成 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者印	(印)
--------------------	-----