

常務理事	事務長	課長	係長	担当

健康保険被保険者証 滅失・き損 再交付申請書

※ 標題の滅失、き損の文字は該当する文字を○で囲んでください。
 ※ 滅失したための再交付申請であるときは、「き損となつた健康保険被保険者証滅失届」を、き損となつたための再交付申請であるときは、「き損となつた健康保険被保険者証」を添付してください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名		生年月日		性別	
		(氏)	(名)	昭和 平成	年 月 日	男 女	
資格取得月日			被保険者の住所				
昭和 平成 令和			〒 -				
再 交 付 申 請 の 対 象 と な る 者	被 保 険 者 欄	被保険者の氏名		生年月日	性別	続柄	再交付の 原因
		(氏)	(名)	上 記 に 同 じ		本人	滅失 き損
被 扶 養 者 欄	被保険者の氏名		生年月日		性別	続柄	再交付の 原因
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和		年 月 日	男 女	滅失 き損
	被保険者の氏名		生年月日		性別	続柄	再交付の 原因
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和		年 月 日	男 女	滅失 き損
	被保険者の氏名		生年月日		性別	続柄	再交付の 原因
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和		年 月 日	男 女	滅失 き損
被保険者の氏名		生年月日		性別	続柄	再交付の 原因	
(氏)	(名)	昭和 平成 令和		年 月 日	男 女	滅失 き損	

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	() -

令和 年 月 日 提出

受付日付印