

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長	係

事業所コード

事業所担当者印

① 健康保険被保険者証の記号・番号	ア 被保険者の氏名 (氏) (名)	② 被保険者の生年月日 昭和 年 月 日 平成	イ 性別 男・女	③ 再交付の原因 滅失・き損
-------------------	----------------------	-------------------------------	-------------	-------------------

ウ 資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	エ 被保険者の住所	被保険者証の送付先を選択ください (宛先は被保険者名となります)
		〒 ー 住所 会社宛ての場合は記入 会社名 部署名

オ 再交付対象者の氏名 (氏) (名)	カ 生 年 月 日 明治 大正 昭和 平成	キ性別 男・女	ク 続柄	オ 再交付対象者の氏名 (氏) (名)	カ 生 年 月 日 明治 大正 昭和 平成	キ性別 男・女	ク 続柄
	年 月 日				年 月 日		
	年 月 日				年 月 日		
	年 月 日				年 月 日		
	年 月 日				年 月 日		

滅失者の過失による再交付の場合は、返信用封筒に郵送用切手（414円）を同封してください。

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、今後は健康保険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	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	() ー

年 月 日提出

