

健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	主任	担当者

① 被保険者証記号 - 番号	② 被保険者の氏名	③ 生年月日				④ 資格取得年月日				
—		昭 平 令	年	月	日	昭 平 令	年	月	日	
⑤ 被保険者の住所						備考				
再 交 付 申 請 対 象 者	被 保 険 者	⑥ 氏名	⑦ 生年月日				⑧ 続柄	⑨ 再交付の原因		⑩ 減失理由
			昭 平 令	年	月	日	本人	減失・毀損・その他		
	被 扶 養 者		昭 平 令	年	月	日		減失・毀損・その他		
			昭 平 令	年	月	日		減失・毀損・その他		

令和 年 月 日 提出

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届出いたします。

／ 受付印

〒 —

【記入方法】 ☆ ⑧の続柄は、夫、妻、長男、二男、父、母などのように記入して下さい。

☆ ⑩の減失理由は必ず記入して下さい。

事業所所在地

【添付物】 ☆ 毀損による再交付の場合は、毀損した被保険者証を必ず添付して下さい。

事業所名称

事業主氏名

電話番号 () —

社会保険労務士の提出代行者

