

健康保険 被保険者証 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長	部長	課長	係長	担当者

被保険者情報	記号	番号	氏名	フリガナ
	生年月日	年 月 日	電話番号	氏 名
	5 昭和		—	—
	7 平成			
	9 令和			備考

再交付が必要な方	氏名	生年月日	続柄	再交付の理由
	フリガナ	5 昭和	年 月 日	
	氏 名	7 平成		1 滅失 2 き損 3 その他
		9 令和		
フリガナ	5 昭和	年 月 日		
氏 名	7 平成		1 滅失 2 き損 3 その他	
	9 令和			
フリガナ	5 昭和	年 月 日		
氏 名	7 平成		1 滅失 2 き損 3 その他	
	9 令和			
フリガナ	5 昭和	年 月 日		
氏 名	7 平成		1 滅失 2 き損 3 その他	
	9 令和			
	滅失した時の状況			備考

※き損したための再交付申請であるときは、き損した健康保険被保険者証を添付してください。

被保険者欄	うえの届書に記載したとおり、健康保険被保険者証を滅失(き損)しました。今後は十分取り扱いに注意します。 なお、この健康保険被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。			
	令和 年 月 日			
	〒	—		
	被保険者の住所	—		
	電話番号	—		
	氏名			

事業主欄	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に十分指導いたします。			
	〒 —			
	事業所の所在地			
	名称			
	電話番号	—		
	事業主名			

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付印