

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被 保 険 者 欄	被保険者証			被保険者の氏名				
	記号	番号						
	生 年 月 日			被保険者の住所				
	昭和 平成	年	月	日	〒	-	電話	-

被保険者証の再交付について、次のとおり申請いたします。

再 交 付 対 象 者 欄 (該 当 に ☑)	<input type="checkbox"/> 被保険者分			再交付の原因	滅失・き損・その他		
	<input type="checkbox"/> 被扶養者分			再交付する被扶養者について、記入してください			
	氏 名		生 年 月 日		再交付の原因		
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	滅失・き損・その他
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	滅失・き損・その他
再交付の理由							
できるだけ詳しく 記入してください							

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。					
	〒 -					
	事業所所在地					
	事業所名称					
	事業主氏名					
電話番号 -						

滅失や盗難の場合は、第三者に悪用される恐れがあります。警察に届け出てください。

「き損」による再交付申請の場合は、「き損」した被保険者証を必ず添付してください

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険組合使用欄

--	--	--	--

受付日		受付番号	
交付日		郵送・手渡し	