

## 健康保険被保険者証

滅失  
き損  
無余白

## 再交付申請書

--	--	--	--

被保険者証		被保険者の氏名		生年月日			性別
記号	番号	(氏)	(名)	昭和 平成	年 月 日	男 女	
123	1234	健保	太郎	昭和 平成	5 0 0 1 2 1	男	
被保険者の住所					備考		
県××市 町1-1-1							

再交付希望の被保険者証 (該当番号に印)	再交付の原因	再交付を希望する被保険者証					
		1. 滅失 2. き損(破損) 3. 住所欄無余白					
1	被保険者(本人)の被保険者証	1. 保険証 2. 限度額認定証 3. 高齢受給者証					
2	被扶養者(家族)の被保険者証						
	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	再交付を希望する被保険者証	
	(氏) (名)	昭和 平成	年 月 日	男 女		1. 滅失 2. き損(破損) 3. 住所欄無余白	1. 保険証 2. 限度額認定証 3. 高齢受給者証
	(氏) (名)	昭和 平成	年 月 日	男 女		1. 滅失 2. き損(破損) 3. 住所欄無余白	1. 保険証 2. 限度額認定証 3. 高齢受給者証
	(氏) (名)	昭和 平成	年 月 日	男 女		1. 滅失 2. き損(破損) 3. 住所欄無余白	1. 保険証 2. 限度額認定証 3. 高齢受給者証
(氏) (名)	昭和 平成	年 月 日	男 女		1. 滅失 2. き損(破損) 3. 住所欄無余白	1. 保険証 2. 限度額認定証 3. 高齢受給者証	

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。  
なお、今後は被保険者証を滅失又は、き損することのないよう充分指導いたします。

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	県××市 町1-2-3
事業所名称	株式会社
事業主氏名	富士 一郎
電話	012-123-4567

社会保険労務士の提出代行者印

印

再交付理由がき損(破損)または住所欄無余白の場合は、被保険者証を添付してください。  
提出してください。

被保険者証を滅失したための再交付申請の場合は、この申請書のほかに被保険者証滅失届も同時に提出してください。