

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	自署の場合は押印を省略できます		年	月	日					
123	1234	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	5	0	0	1	2	1	男
被保険者の住所								備考			
〇〇県××市△△町1-1-1											

1	被保険者(本人)の被保険者証	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. 保険証 2. 限度額認定証 3. 高齢受給者証

再交付希望の被保険者証 (該当番号に○印)	被扶養者(家族)の被保険者証							
	2	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 令和	年	月	日	男	
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	女	1. 滅失 2. き損(破損) 3. 住所欄無余白
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男	1. 保険証 2. 限度額認定証 3. 高齢受給者証
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	女	1. 滅失 2. き損(破損) 3. 住所欄無余白	
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男	1. 保険証 2. 限度額認定証 3. 高齢受給者証	
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	女	1. 滅失 2. き損(破損) 3. 住所欄無余白	

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。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	この欄は、事業所が記入するので記入不要です。
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

◎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。
◎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。