

常務理事	事務長	担当

受付日付印

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者情報	被保険者証 (右つめ)	記号	-	番号	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	生年月日	年	月	日
	(フリガナ)								
	氏名・印	⑩							
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女							
部署(勤務先)	TEL(内線)								
電話番号 (日中の連絡先)	TEL(外線)								

↑任継・特退の方は内線は不要。↑任継・特退の方は住所を記載して下さい。

チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	性別	再交付の理由
<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)分	/		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
被扶養者の被 保険者証が必 要な場合 (氏名を記入)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
再交付の理由	再交付の理由が「滅失」の場合は、詳細な理由をご記入下さい。			

上記のとおり被保険者証の再交付について、申請します。 令和 年 月 日

事業所欄	事業主所在地	上記の通り被保険者から再交付の申請がありましたので届出致します。⑩ <事業所に勤務している被保険者の方> 再交付を申請する場合は、事業主を経由して申請することとなりますので、事業所に提出して下さい。 <任意継続被保険者・特例退職被保険者の方> 事業所欄の記入は不要です。
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	