常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

被保険者欄								
被保険者証の記号		被保険者証の番号		生年月日	5..昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	性別	1.男 2.女
氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名) ㊞		取得年月日	5..昭和 7.平成 9.令和 年 月 日		
				マイナンバー記入欄			
				★被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。			

被保険者の住所		備考	

再交付申請の対象となる者							
被保険者	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)	生年月日	5..昭和 7.平成 9.令和 年 月 日 上記に同じ	性別	1.男 2.女	
			個人番号				
続柄	本人	再交付の原因	3.滅失 4..き損 7.新規 8.その他	備考			
再交付の理由							
被扶養者	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)	生年月日	5..昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	性別	1.男 2.女	
			個人番号				
続柄		再交付の原因	3.滅失 4..き損 7.新規 8.その他	備考			
再交付の理由							
被扶養者	(ﾌﾘｶﾞﾅ) (氏)	(名)	生年月日	5..昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	性別	1.男 2.女	
			個人番号				
続柄		再交付の原因	3.滅失 4..き損 7.新規 8.その他	備考			
再交付の理由							

【 事業主記載欄 】事業主の確認により本人押印・署名を省略した場合は、該当するものにチェックをしてください。

☑ **本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。**

令和 年 月 日

上記の通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、今後被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。

受付年月日

事業所所在地	〒 －
事業所名称	
事業主氏名	㊞
電話番号	(局) 番