

健康保険被保険者証  
滅失・き損  
再交付申請書

同 年 月 日	年 月 日		
常務理事	事務長	課(係)長	担当者

1

滅失の場合は滅失用の始末書を添付してください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名	生年月日				性別	資格取得年月日			
			昭 平	年	月	日	男 女	昭 平 令	年	月	日
被 保 険 者 の 住 所						再 交 付 の 理 由					
〒											

	ア	被保険者（本人）分					再交付の原因	備考	
							滅失・き損・その他		
該 再 交 付 申 請 の 対 象 者 欄 に ○ 印		被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		性別	続柄	再交付の原因	
		(氏)	(名)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	男 女	滅失・き損・その他
		被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		性別	続柄	再交付の原因	
		(氏)	(名)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	男 女	滅失・き損・その他
		被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		性別	続柄	再交付の原因	
		(氏)	(名)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	男 女	滅失・き損・その他
	被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日		性別	続柄	再交付の原因		
	(氏)	(名)	昭 和 平 成 令 和	年	月	日	男 女	滅失・き損・その他	

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提出いたします。 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失またはき損することのないよう指導します。	
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

令和 年 月 日 提出

受付日付印