

※健康保険組合使用欄

常務理事	事務長	係長		担当者

健康保険 被保険者証 再交付 申請書

◎太枠内を全て記入してください。捺印（朱肉使用のもの）も忘れずに。

記号	番号	被保険者の氏名 ㊟		※被保険者資格取得日
		(フリガナ)	(氏名)	昭・平・令 ・
社員番号 ( )			㊟	※再交付年月日
所属 (就労先)	※保険証送付先	被保険者の住所		昭・平・令 ・
		〒 -		※備考欄
( )	ビル (階)	TEL - - 日中連絡可能な連絡先。携帯可。		

再交付申請の対象となる者	氏 名		生年月日	性別	続柄	再交付の原因	※旧証の添付	※前回の交付日
	(氏)	(名)	昭・平・令 年 月 日	男・女		・滅失 ・毀損 ・無余白 (住所欄等)	有・無	平・令 ・
(氏)	(名)	昭・平・令 年 月 日	男・女		・滅失 ・毀損 ・無余白 (住所欄等)	有・無	平・令 ・	
(氏)	(名)	昭・平・令 年 月 日	男・女		・滅失 ・毀損 ・無余白 (住所欄等)	有・無	平・令 ・	
(氏)	(名)	昭・平・令 年 月 日	男・女		・滅失 ・毀損 ・無余白 (住所欄等)	有・無	平・令 ・	
(氏)	(名)	昭・平・令 年 月 日	男・女		・滅失 ・毀損 ・無余白 (住所欄等)	有・無	平・令 ・	

事業主の証明	上記のとおり、うえの被保険者から再交付の申請がありましたので届出します。			
	令和 年 月 日			◎証明年月日記入必須
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名			㊟
電話番号		局 ( )	番	

— 受付日付印 —

- <記入について> \* 被保険者の㊟ …朱肉使用のもの  
 \* 続柄 …「本人」「妻」「長男」「長女」等詳しく記入  
 \* 再交付の原因 …それぞれ該当を○で囲む (紛失＝滅失、破損等＝毀損)

- <添付書類> \* 滅失により再交付申請する場合は、別紙の「健康保険 被保険者証滅失届」  
 \* 毀損または無余白の場合は、「毀損または無余白となった健康保険 被保険者証」