

決 裁		令和 年 月 日				
常務理事	事 務 長	業務部長	業務課長	業務係長	業務主任	担 当 者

# 健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

(記入上及び添付書類  
についての注意事項)

1. 標題の滅失・き損の文字は、いずれか該当する文字を○で囲んでください。
2. 被保険者が自ら署名した場合には、被保険者の押印は省略できます。
3. 再交付の原因・性別は、それぞれ該当する文字を○で囲んでください。
4. 続柄は、配偶者・子ではなく本人・妻・長男・次男・長女・次女等と記入してください。
5. き損による再交付の場合は、き損した被保険者証をこの申請書の添付してください。

被保険者証の記号・番号	(記号)	(番号)	被保険者の氏名				(印)
資格取得年月日	昭和・平成・令和	年	月	日	再交付の原因	滅失・き損・その他	
滅失又はき損した理由							
再交付申請の対象となる者の氏名	生	年	月	日	性別	続柄	住 所
	昭和 平成 令和	年	月	日	男女		〒 - TEL ( ) 携帯TEL ( ) 都 道 府 県
	昭和 平成 令和	年	月	日	男女		〒 - TEL ( ) 携帯TEL ( ) 都 道 府 県
	昭和 平成 令和	年	月	日	男女		〒 - TEL ( ) 携帯TEL ( ) 都 道 府 県
	昭和 平成 令和	年	月	日	男女		〒 - TEL ( ) 携帯TEL ( ) 都 道 府 県

令和 年 月 日 提出

事業所所在地	( )	
事業所名称		
事業主氏名		(印)
電話番号		

-----  
受付日付印