

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

① 事業所整理番号	② 被保険者整理番号	⑦ 被保険者の氏名 (自書) (氏) (名)	③ 生 年 月 日 5. 昭 7. 平 9. 令	⑧ 資格取得年月日 年 月 日
⑨ 被 保 険 者 の 住 所			⑩ 備 考	

再交付申請の対象となる者	④ ※被扶養者番号	⑦ 氏 名 (氏) (名)	⑧ 生 年 月 日 5. 昭 7. 平 9. 令	⑨ 続柄 本人	⑤ 再交付の原因 滅失 3. き損 4. ※新規 7. その他 8.	⑩ 備 考
	被 保 険 者	—				
被 扶 養 者						

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付がありましたので届出いたします。

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	⑪
電 話	() 番

令和 年 月 日 提出

被保険者証を滅失した場合は、その年月日と場所(出来るだけ詳しく)
令和 年 月 日 場所 ()
状況

受付日付印(健保使用欄)