

理事長	常務理事	事務長	担当

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

健康保険被保険者証の記号	健康保険被保険者証の番号	被保険者の氏名	生年月日	性別	資格取得年月日
〇〇	〇〇〇〇〇〇	(氏) 健保 (名) 太郎	昭5 平7 令9 年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	男 1. 女 2.	年 月 日
被保険者の住所			備考		

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏名		生年月日	性別	続柄	再交付の原因	備考
		(氏)	(名)	年 月 日	男 1. 女 2.		減失3. き損4.	※新規7. その他8.
被扶養者欄		健保	太郎	上記に同じ		本人	減失3. き損4.	
		健保	花子	昭5 平7 令9 年 月 日 〇 〇 〇 〇 〇 〇	男 1. 女 2.	妻	減失3. き損4.	※新規7. その他8.
		(氏)	(名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男 1. 女 2.		減失3. き損4.	※新規7. その他8.
		(氏)	(名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男 1. 女 2.		減失3. き損4.	※新規7. その他8.

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申請がありましたので届出いたします。なお、今後は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。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒 ー		
事業所名称			
事業主氏名			
電話番号	(局)	番	

健康保険被保険者証 を受領いたしました。	
氏名	