

※組合使用欄

常務理事	事務長	部長	課長	係長	C/P

健康保険 被保険者証 滅失 再交付申請書

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
		(フリガナ) (氏) (名)	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 9. 令和	1. 男 2. 女	年 月 日
被保険者の住所				備考	
〒 -					

再交付申請の対象となる者	被保険者の氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	備考
	(氏) (名)	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	上記に同じ	本人	滅失・き損	
	被扶養者の氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	備考
	(氏) (名)	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 9. 令和	1. 男 2. 女		滅失・き損	
	(氏) (名)	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 9. 令和	1. 男 2. 女		滅失・き損	
(氏) (名)	5. 昭和 年 月 日 7. 平成 9. 令和	1. 男 2. 女		滅失・き損		

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提出いたします。

なお、今後は被保険者証を滅失また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

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

社会保険労務士記載欄

受付日付印

※ 事業主印は事業主名を明記する際にゴム印を使用した場合、押印してください。但し、自筆の場合は押印を省略できます。