

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者証再交付 申請書

被保険者(申請者)情報	事業所名			所属名		
	被保険者証の	記号	番号	生年月日		
	氏名	(フリガナ)				
	住所	(〒	—)	都 道 府 県	TEL ()

再交付対象者欄	再交付する方にチェックをつけて下さい	<input type="checkbox"/> 被保険者	被扶養者氏名	(フリガナ)	被扶養者生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	<small>被保険者の場合氏名と生年月日は記入の必要はありません</small>	<input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	(フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	再交付の原因	<input type="checkbox"/> 滅失 令和 年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 毀損 令和 年 月 日頃 (※毀損した証を添付ください) <input type="checkbox"/> その他	滅失等の詳細理由			

上記のとおり被保険者証の再交付を申請します。 令和 年 月 日
今後被保険者証の保管に注意し、旧被保険者証発見の際には直ちに旧証を返納いたします。

事業主証明欄	上記のとおり再交付の申請がありましたので届出いたします。
	令和 年 月 日 事業所所在地 名称 氏名

受付日付印

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。