

健康保険被保険者証 滅失・き損 再交付申請書

部長	課長	係長	係

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名	性別
記号	番号		男・女
生年月日		被保険者の現住所	
昭和・平成	年 月 日	〒 電話 ()	
資格取得年月日		被保険者証を滅失・き損した年月日	
昭・平・令	年 月 日	平・令 年 月 日	

被保険者証の再交付申請をする者 ※口にチェックをしてください	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入)			
	該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
		昭平令 年 月 日	男・女	
		昭平令 年 月 日	男・女	
		昭平令 年 月 日	男・女	
再交付を申請する事由(詳細)				
備考				

上記のとおり被保険者から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またはき損することのないよう充分指導いたします。

〒 令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 (印)

電話番号 ()

【注意事項】

- 被保険者証を滅失した場合は、「健康保険被保険者証滅失届」をあわせて提出してください。
- 被保険者証をき損した場合は、き損した被保険者証を添付してください。

~~~~~ 受付年月日 ~~~~~

(1.5)

|                |     |
|----------------|-----|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | (印) |
|----------------|-----|

健康保険被保険者証 減失 再交付申請書

記入例

|                  |           |                                                             |        |
|------------------|-----------|-------------------------------------------------------------|--------|
| 被保険者証の記号・番号      |           | 被保険者の氏名                                                     | 性別     |
| 記号<br>1234       | 番号<br>567 | 健保 太郎                                                       | 男<br>女 |
| 生年月日             |           | 被保険者の現住所                                                    |        |
| 昭和・平成 50年 1月 10日 |           | 〒123-4567<br>東京都〇〇区〇〇町1-2 〇〇マンション102<br>電話 03 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇 |        |
| 資格取得年月日          |           | 被保険者証を減失・き損した年月日                                            |        |
| 昭・平・令 28年 4月 1日  |           | 平・令 31年 4月 20日                                              |        |

|                                       |                                          |                      |     |    |
|---------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|-----|----|
| 被保険者証の<br>再交付申請をする者<br>※口にチェックをしてください | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者 |                      |     |    |
|                                       | <input type="checkbox"/> 被扶養者(該当者を以下に記入) |                      |     |    |
|                                       | 該当被扶養者氏名                                 | 生年月日                 | 性別  | 続柄 |
|                                       |                                          | 昭<br>平<br>令<br>年 月 日 | 男・女 |    |
|                                       | 昭<br>平<br>令<br>年 月 日                     | 男・女                  |     |    |
|                                       | 昭<br>平<br>令<br>年 月 日                     | 男・女                  |     |    |
| 再交付を申請する事由(詳細)                        | JROO駅で被保険者証が入った財布を落とし、紛失してしまったため。        |                      |     |    |
| 備考                                    |                                          |                      |     |    |

上記のとおり被保険者から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減失またはき損することのないよう充分指導いたします。

令和 1年 5月 1日

〒 345-6789  
事業所所在地 東京都〇〇市〇〇町3-2-1

事業所名称 医療法人社団 〇〇会

事業主氏名 理事長 〇〇 〇〇

電話番号 〇〇 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇

主 業 印

【注意事項】

- 被保険者証を減失した場合は、「健康保険被保険者証減失届」をあわせて提出してください。
- 被保険者証をき損した場合は、き損した被保険者証を添付してください。

(1.5)

|                |   |
|----------------|---|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | 印 |
|----------------|---|