

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
記号	番号	
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	続柄
		昭 平 令 年 月 日	
		昭 平 令 年 月 日	
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

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 ~~~~~

(4.4)

|                |  |
|----------------|--|
| 社会保険労務士<br>記載欄 |  |
|----------------|--|