

健康保険被保険者証【滅失・き損】再交付申請書

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者氏名	① 被保険者の生年月日	備考
			昭和 平成 年 月 日	
② 資格取得年月日		被保険者の住所		
昭和 平成 令和	年 月 日	〒	—	TEL. ()

③ 再交付の対象となる者	被保険者	氏名	④ 生年月日	⑤ 続柄	⑥ 再交付の原因	健保使用欄
						本人
	被扶養者		昭和 平成 令和 年 月 日		滅失・印字のかすれ き損・()	再交付手数料 500 円 未・済 【窓 口 ・ 郵 送 ・ 振 込】
			昭和 平成 令和 年 月 日		滅失・印字のかすれ き損・()	再交付手数料 500 円 未・済 【窓 口 ・ 郵 送 ・ 振 込】
			昭和 平成 令和 年 月 日		滅失・印字のかすれ き損・()	再交付手数料 500 円 未・済 【窓 口 ・ 郵 送 ・ 振 込】

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。

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電話番号		

【記入の方法】

1. 標題の【滅失・き損】の文字は該当する文字を○で囲んでください。
2. ①、②、④は該当する元号を、⑥欄は該当する文字を○で囲んでください。
3. ③欄に再交付の対象となる者の氏名を記入してください。
4. ⑤欄は被保険者との続柄を「夫」「妻」「父」「母」「長男」「長女」などと詳しく記入してください。
5. 被保険者の署名等を省略する場合、要件を満たしているか確認のうえ『確認欄』にチェックを入れてください。

【この申請書に添付する書類】

1. 健康保険被保険者証を「滅失」のときは、別途「被保険者証滅失届」を添付してください。
2. 健康保険被保険者証を「き損」のときは、「き損」した「健康保険被保険者証」を添付してください。

受 付 日 付 印

確認欄	<input type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	--------------------------	--

社会保険労務士の 提出代行印	
-------------------	--