

健康保険被保険者証 紛失 再交付申請書

常務理事	事務長	部長	課長代理	係長	係

健康保険 被保険者証の記号	健康保険 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				
		⑩	昭和 平成	年	月	日	男 女	昭和 平成	年	月	日
被保険者の住所			紛失の場合 警察へ紛失届出の有無				被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)				
〒 - TEL ()			有 ・ 無								

◎「※」印欄は記入しないでください。

再 交 付 申 請 の 対 象 と な る 者	被 保 険 者 欄	氏 名	生 年 月 日			続柄	再 交 付 の 原 因				備考			
			上 記 に 同 じ			本人	紛失 き損	紛失の場合 その理由をできるだけ詳しくご記入ください。						
被 扶 養 者 欄		氏 名	生 年 月 日			性別	続柄	再 交 付 の 原 因				備考		
			昭和 平成	年	月	日	男 女		紛失 き損	紛失の場合 その理由をできるだけ詳しくご記入ください。				
			昭和 平成	年	月	日	男 女		紛失 き損	紛失の場合 その理由をできるだけ詳しくご記入ください。				
			昭和 平成	年	月	日	男 女		紛失 き損	紛失の場合 その理由をできるだけ詳しくご記入ください。				
			昭和 平成	年	月	日	男 女		紛失 き損	紛失の場合 その理由をできるだけ詳しくご記入ください。				

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届出いたします。 なお、今後は被保険者証を紛失又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	() 局 番 ⑩
社会保険労務士の提出代行者印	⑩

※ 健康保険被保険者証を受領いたしました。	
氏名	⑩

平成 年 月 日提出
受付日付印