

# 健康保険 被保険者証 再交付申請書

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号 [ ][ ][ ]	番号 [ ][ ][ ][ ]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	[ ][ ][ ][ ][ ]
	氏名・印	(フリガナ)			※自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 — ) 都 道 府 県			
	電話番号	自宅	—	—	携帯電話

チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	性別	続柄	備考
<input type="checkbox"/>	被保険者 (本人)				
必要 な 場 合 ( 被 保 険 者 証 を 記 入 )		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	

理由	再交付する理由にチェック <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ( )	【注意】添付書類は下記を確認
----	--	----------------

事業主欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者証の再交付について申請します。 令和 年 月 日 (〒 — )	※事業主の自署の場合は押印を省略できます。 ※任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電 話	( )	

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

- この申請書は、下記の書類等と一緒に提出してください。
- ・【滅失】の場合は、『被保険者証滅失届』を添付してください。
  - ・【き損】の場合は、『き損した被保険者証』を添付してください。
  - ・【その他】の場合は、『その状態になっている被保険者証』を添付してください。