

常務理事	事務長	部長	課長	係長	係

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被 保 険 者 欄	被保険者証の記号・番号				
	被保険者の氏名			生年月日	平成・昭和 年 月 日
	被保険者の住所	〒 ー TEL			

被保険者証の再交付について、次のとおり申請します。

再 交 付 す る 者	区 分	氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	再 交 付 の 原 因	
	被保険者(本人)			平成・昭和 年 月 日	男・女	/	滅失
被扶養者(家族)			令和・平成・昭和 年 月 日	男・女		滅失	(届出警察署) (受理番号)
被扶養者(家族)			令和・平成・昭和 年 月 日	男・女		滅失	(届出警察署) (受理番号)
被扶養者(家族)			令和・平成・昭和 年 月 日	男・女		滅失	(届出警察署) (受理番号)

上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので提出いたします。なお、今後は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 主 欄	事業所所在地		
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

(注意事項)

- 被保険者証は、本来の目的以外に不正に使用すると、刑法により処分を受けますから、取扱いには十分注意してください。
- 滅失した被保険者証を発見したときは、必ずその被保険者証を健保組合にお返しください。
- 盗難又は戸外で失ったときは、悪用防止のため、最寄りの警察署等へ必ず届出て下さい。