

常務理事	事務長	課長	係

健康保険被保険者証 滅失・き損 再交付申請書

※太枠内を記入・捺印のうえ、事業主経由で提出してください。

※任意継続被保険者・特例退職被保険者の方は、写真付公的証明書の写し又は住民票添付のうえ直接ご送付ください。

※き損の場合はき損した被保険者証を添付して提出ください。

被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者 氏名・印		印	
被保険者の住所	〒				
被保険者の生年月日・性別		資格取得年月日		再交付希望対象者	
昭・平	年 月 日	男・女	昭・平	年 月 日	
				<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 →該当者を下記に記入	
再交付対象被扶養者の 氏名・生年月日・続柄・性別		該当被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
			大・昭・平 年 月 日	男・女	
			大・昭・平 年 月 日	男・女	
			大・昭・平 年 月 日	男・女	
			大・昭・平 年 月 日	男・女	
申請事由	再交付申請事由	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損			
	〔理由〕				

事業主の証明

上記被保険者は健康保険被保険者証を滅失・き損したことに相違ないこと、記載内容に相違ないことを証明します。

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に全被保険者を対象に周知徹底をはかります。

住所
事業主
氏名

印

受 付 日 付 印