

常務理事			係

## 健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証の記号番号	記号		フリガナ		生年月日
	番号		被保険者氏名		昭 平 令 年 月 日
所属事業所名				資格取得年月日	昭 平 令 年 月 日
被保険者の住所	〒 - 都道府県				TEL ( )
再交付が必要なもの (該当に○印)	<input type="checkbox"/> 被本保人	氏名	生年月日		続柄
		上 記 に 同 じ			本人
	<input type="checkbox"/> 被扶養者		昭・平・令	年 月 日	
			昭・平・令	年 月 日	
			昭・平・令	年 月 日	
		昭・平・令	年 月 日		
再交付の原因(該当に○印) ・滅失(健康保険被保険者証滅失届を添付して下さい。) ・き損(該当の被保険者証を添付して下さい。) ・その他(具体的に )					

確認 <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記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している
事業所所在地	〒 -
事業所名称	
事業主の氏名	
電話番号	

受付日付印

- 注意
- 1 この届出は、健康保険の被保険者証を滅失、またはき損により再交付を受けたいときに提出するものです。
  - 2 「生年月日」の元号は、該当する文字を○印で囲んでください。