

※記入例

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	123	フリガナ	ニッポ タロウ	生年月日
	番号	99999	被保険者氏名	日鋪 太郎	昭平令 50年4月8日
所属事業所名	(株)NIPPO			資格取得年月日	昭平令 10年4月1日
被保険者の住所	〒123 - 8765 東京都 中央区京橋1-19-11 TEL 03 (1234) 5678				
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
		日鋪 花子		昭平令 53年3月4日	妻
	<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者		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) ・減失(健康保険被保険者証減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
- この届出は、健康保険の被保険者証を減失、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。
 - 「性別」「生年月日」の元号は、該当する文字を○印で囲んでください。