

健康保険 被保険者証 減失の再交付申請書

常務理事	事務長		担当者

◎◎◎◎
 見出しの減失・き損・その他は、該当するものを○で囲んで下さい。
 ◎◎◎◎
 ⑧、⑨、⑩の欄は被保険者証を減失した場合のみ記入して下さい。
 ◎◎◎◎
 ⑧、⑨、⑩の欄は被保険者証を減失した場合のみ記入して下さい。
 ◎◎◎◎
 ⑧、⑨、⑩の欄は被保険者証を減失した場合のみ記入して下さい。
 ◎◎◎◎
 ⑧、⑨、⑩の欄は被保険者証を減失した場合のみ記入して下さい。

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	③ 被保険者氏名 (氏) (名)	④ 被保険者の生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	⑤ 交付の理由 1. 減失 2. き損 3. その他
⑥ 被保険者証再交付申請対象者 1. 被保険者 2. 被扶養者		⑦ 健康保険被保険者証を紛失した理由		

⑧ 再交付が必要な被扶養者の氏名 (氏) (名)	⑨ 生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	⑩ 続柄	備考
(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日		
(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日		
(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日		

確認	※ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

令和 年 月 日

受付日付印

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。
 なお、今後は被保険者証を紛失またはき損することのないよう充分指導いたします。

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

健康保険 被保険者証 再交付申請書

減失
き損
その他

常務理事	事務長		担当者

⑩ 見出しの欄は、被保険者証を減失した場合、被保険者証の再交付が必要な被扶養者の記入をして下さい。

① 健康保険被保険者証の記号 123	② 健康保険被保険者証の番号 456	③ 被保険者氏名 (氏) 健 保 (名) 太 郎	④ 被保険者の生年月日 昭和 平成 令和 4 2 0 2 0 7	⑤ 交付の理由 1. 減失 2. き損 3. その他
⑥ 被保険者証再交付申請対象者 1. 被保険者 2. 被扶養者		⑦ 健康保険被保険者証を紛失した理由 病院に受信しようと家の中を探したが見つからなかったため		

⑧ 再交付が必要な被扶養者の氏名	⑨ 生年月日	⑩ 続柄	備 考
(氏) 健 保 (名) 花 子	昭和 平成 令和 4 5 0 1 0 9	妻	
(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日		
(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日		

確認	※ この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
<input checked="" type="checkbox"/>	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

令和 年 月 日

受付日付印

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。
なお、今後は被保険者証を紛失またはき損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地	静岡県〇〇市〇〇区〇〇町〇〇番〇〇号
事業所名称	〇〇〇〇 株式会社
事業主氏名	〇〇 〇〇
電話番号	(123) 456-7890

社会保険労務士の提出代行者