

健康保険被保険者証 減失 再交付申請書

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。

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	⑦被保険者の氏名 (氏) _____ (名) _____	③生年月日 昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	①性別 男 1. 女 2.	⑧資格取得年月日 年 月 日	
被保険者の住所				備考		

再交付申請の対象となる者	④※被扶養者番号	⑧氏名 (氏) _____ (名) _____	⑨生年月日 昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	⑩性別 男 1. 女 2.	⑪続柄 本人	⑫再交付申請の理由 1 滅失 2 減損 3 その他	⑬備考
	被保険者	(氏) _____ (名) _____	昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	男 1. 女 2.	本人	1 滅失 2 減損 3 その他
被扶養者	(氏) _____ (名) _____	昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	男 1. 女 2.		1 滅失 2 減損 3 その他	
	(氏) _____ (名) _____	昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	男 1. 女 2.		1 滅失 2 減損 3 その他	
	(氏) _____ (名) _____	昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	男 1. 女 2.		1 滅失 2 減損 3 その他	
	(氏) _____ (名) _____	昭5 年 月 日 平7 年 月 日 令9 年 月 日	男 1. 女 2.		1 滅失 2 減損 3 その他	

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提出いたします。

事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

(局) 番

令和 年 月 日 提出
受付日付印

社会保険労務士記載欄