

常務理事	事務局長	課長		担当者

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書  
 減 失  
 き 損

【注意事項】

4 3 2 1  
 パ任意減③  
 ス意損失④  
 ポ継とな⑤  
 ー続とな⑥  
 ト被保⑦  
 保者た⑧  
 者再交⑨  
 のた欄は、  
 ため再交  
 の付申該  
 が再請当  
 滅失する  
 申請する  
 により項  
 他公的目  
 的再交を  
 な交付○  
 証明書と  
 の健康保  
 の申請被  
 のとき保  
 か、一險  
 写し損者  
 し、と証  
 も記2 減  
 添付の失  
 してほ屈  
 提出にと  
 して本人併  
 確認書保  
 類を險者  
 として証  
 (運を添  
 転付し  
 免許て  
 証、く  
 ださい。

① 被保険者証の記号・番号		② 被 保 険 者 の 氏 名			③ 被保険者の生年月日			④ 再 交 付 の 原 因				
-----					昭 平			年 月 日 減 失 き 損				
⑤ 資格取得年月日			⑥ 被 保 険 者 の 住 所			備 考						
昭 平 令			年 月 日									
再 交 付 該 当 者	⑦ 氏 名		⑧ 生 年 月 日		⑨性別	⑩続柄		備 考				
			昭 平 令		年 月 日	男 女						
			昭 平 令		年 月 日	男 女						
			昭 平 令		年 月 日	男 女						
			昭 平 令		年 月 日	男 女						

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。  
 なお、今後は健康保険被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	
( 局 ) 番	
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印