

| | | | | |
|------|------|----|--|-----|
| 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】

4321
 パ任意継続被保険者としての再交付申請は、
 ス意損となつたため、再交付申請するときは、健康保険被保険者証滅失届と併せて提出してください。
 ポー続被保険者としての再交付申請するときは、「健康保険被保険者証滅失届」を添付してください。
 ト、被保険者の住民票、そのほか公的再交付申請書の写しも添付してください。
 住、保、民、票、再、交、付、申、請、書、の、添、付、書、類、を、添、付、し、て、運、転、免、許、証、

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|------|-----------|----------|--|-------------------------|------|--|---------------------|--|
| 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 昭平 年 月 日 | | | ④ 再交付の原因 滅失 減失 損 | |
| ⑤ 資格取得年月日 昭平 年 月 日 | | ⑥ 被保険者の住所 | | | 備考 | | | | |
| 再 交 付 該 当 者 | ⑦ 氏名 | | ⑧ 生年月日 | | ⑨ 性別 | ⑩ 続柄 | | 備考 | |
| | | | 昭平 年 月 日 | | 男女 | | | | |
| | | | 昭平 年 月 日 | | 男女 | | | | |
| | | | 昭平 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 | 〒 _____ |
| 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