

正

○記入方法・再交付手数料の注意事項をよく読んで手続をとってください。
○※欄は記入しないでください。

届書種別	処理区分				
適	9	所	部	課	
※		属	支店	支社	

健康
保険

被保険者証再交付申請書 兼滅失届

常務理事	事務長	役席			係

①被保険者証の記号				②被保険者証の番号							③被保険者証の氏名				④被保険者の生年月日				⑤性別			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	(氏)	健保	(名)	一郎	平	0	5	0	5	0	1	男

⑥資格取得年月日				⑦被保険者の住所				⑧再交付の原因				⑨ ⑧の詳細			
昭	6	0	0	4	0	1	東京都千代田区〇〇〇町 2-3-4-501	1. 紛失・毀損				お財布を落とした			

⑩再交付対象者の氏名				⑪生年月日				⑫性別	⑬続柄	⑭振込金受取書等貼付欄						
(氏)	健保	(名)	花奈	平	0	4	0	6	0					1	女	妻
(氏)		(名)														
(氏)		(名)														

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、今後は被保険者証を滅失また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		
電話番号		

令和 年 月 日 ※ 受付日付印