

| | | | | | | | |
|---|-------|-------|------|-----|----|----|----|
| ※ | 同年月日 | 年 月 日 | 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 担当 |
| | 施行年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| | 発行No. | | | | | | |

健康保険被保険者証（滅失・き損）再交付申請書

| | | | |
|-----------------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| ① 健康保険被保険者証の記号 | 47 | ② 健康保険被保険者証の番号 | 1 |
| ③ 被保険者の氏名 | 健保 太郎 | ④ 被保険者の生年月日 | <u>昭和</u> 35年 12月 5日生 平成 |
| ⑤ 被保険者の現住所 | 東京都〇〇区西〇〇1-8-1 〇〇ビル501 | | |
| ⑥ 再交付対象者の氏名・生年月日 | ⑦ 続柄 | ⑧ 対象者の現住所 | |
| 健保 一男 昭 <u>平</u> ・令 5年 10月 18日 | 長男 | 東京都〇〇区西〇〇1-8-1 〇〇ビル501 | |
| 昭・平・令 年 月 日 | | | |
| 昭・平・令 年 月 日 | | | |
| 昭・平・令 年 月 日 | | | |
| 昭・平・令 年 月 日 | | | |
| ⑨ 備考 | | | |

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またはき損することのないよう十分指導します。

2019年 10月 1日

事業所所在地 東京都〇〇区1-8-1

事業所名称 株式会社△△△

事業主氏名 代表取締役 仁本 一朗

電話 03 (3343) 6271

| | |
|----------------|--|
| 社会保険労務士の提出代行者印 | |
|----------------|--|

◎ 「※」欄は記入しないで下さい。

受付日付印

- ③の被保険者印は被保険者自ら署名する場合は不要です。
- 申請理由の「滅失」「き損」の文字は、該当する文字を○で囲んでください。
生年月日等年号についても該当する文字を○で囲んでください。

〔この申請書に添付して提出する書類〕

- 健康保険被保険者証を滅失したための再交付申請であるときは、「被保険者証滅失届」
- き損のための再交付申請であるときは、「き損となった健康保険被保険者証」