

◎き損による再交付の場合は、き損した被保険者証を添付して下さい。

健康保険被保険者証

再交付申請書

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証		被保険者の氏名		生年月日				性別	資格取得年月日							
記号	番号	(氏)	(名)	昭	年	月	日	男	昭	年	月	日				
10	123456	健保	太郎	平	6	0	0	5	0	1	2	0	0	4	0	1
被 保 険 者 の 住 所										備 考						
埼玉県熊谷市末広4-14-1																

再交付申請の対象となる者	被保険者	氏名		生年月日						性別	続柄	再交付の原因	備考	
		(氏)	(名)	昭		年		月		日	男	本人	滅失	
		健保	太郎	平	6	0	0	5	0	1	女		き損	
	被扶養者	(氏)	(名)	昭		年		月		日	男		滅失	
				平							女		き損	
		(氏)	(名)	昭		年		月		日	男		滅失	
			平							女		き損		
	(氏)	(名)	昭		年		月		日	男		滅失		
			平							女		き損		

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届出いたします。	
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	() 番

令和 1 年 5 月 10 日 提出

受付印

☐ 本人押印・署名の省略にあたり、被保険者に届出意思を確認しました。