常務理事	担　当　部

健康保険 被保険者証再交付申請書

被保険者欄	被保険者証 記号	被保険者証 番号	住所 〒 被保険者の 氏名 ㊞	生年月日	昭和・平成　年　月　日生	性別	男・女

※再交付申請の対象となる者※		氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因
	被保険者		上記に同じ		本人	滅失 ・ き損 ・ その他
	被扶養者	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因
			昭和・平成　年　月　日	男・女		滅失 ・ き損 ・ その他
			昭和・平成　年　月　日	男・女		滅失 ・ き損 ・ その他
			昭和・平成　年　月　日	男・女		滅失 ・ き損 ・ その他
			昭和・平成　年　月　日	男・女		滅失 ・ き損 ・ その他
	再交付を申請する理由 ※滅失またはき損したときの状況を詳しく記入してください。	上記のとおり申請し、また、失った被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。				

事業主欄	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。 なお、今後は被保険者証を滅失・き損することのないように被保険者に指導します。 事業所所在地　〒　— 事業所名称 事業主氏名 ㊞ 電話

受付日付印

＊き損による再交付申請の場合は被保険者証を添付ください。