

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書
き損

決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください。
◎「※」印欄は記入しないでください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名		生年月日			性別	資格取得年月日				
※	(左詰め)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	昭和 平成 令和	年	月	日
被保険者の住所				電話番号				勤務先名称				
〒												

※被扶養者番号	氏	名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	備考			
被保険者	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	本人	滅失・き損・その他	
被扶養者	※	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		滅失・き損・その他
	※	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		滅失・き損・その他
	※	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		滅失・き損・その他
	※	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女		滅失・き損・その他

確認欄 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。

①申請者本人(被保険者)が作成したものである。

②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

事業主証明欄

上記の通り、相違ないことを証明します。
(〒 -) 令和 年 月 日提出

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 TEL ()

受付印

社会保険労務士の提出代行者名