

健康保険被保険者証

高齢受給者証

滅失 き損 再交付申請書

課長	係長	主任	係員

◎ 再交付原因がき損の場合は、き損した健康保険被保険者証を添えて申請してください。

記号	番号	被保険者の氏名	生年月日	性別
			昭平令 年 月 日	男・女

再交付の対象となる方 (該当番号に○印)	1	被保険者 (本人が所持しているもの)		再交付原因 滅失 ・ き損			
	2	被扶養者 (家族が所持しているもの)					
	該当する家族の氏名	氏名		生年月日	続柄	再交付原因	備考
		(氏)	(名)	昭平令 年 月 日		滅失・き損	
		(氏)	(名)	昭平令 年 月 日		滅失・き損	
(氏)		(名)	昭平令 年 月 日		滅失・き損		

申請事由 (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。)  
(警察届出: 月 日)

被保険者記入欄  
上記のとおり、健康保険被保険者証を滅失・き損したので再交付を申請します。  
今後は、取り扱いに十分注意いたします。  
また、滅失した健康保険被保険者証を発見したときは、ただちに返納します。  
被保険者 住所  
氏名 ⑩

事業主記入欄  
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提出いたします。  
また、今後は滅失またはき損することのないように指導いたします。 令和 年 月 日提出  
事業所所在地 〒 ー  
事業所名称  
事業主氏名 ⑩  
電話

社会保険労務士の提出代行者印 ⑩

受領者

受付日付印

◎ 被保険者及び事業主の押印は、自署した場合に限り省略することができます。