

常務理事	事務長	部長	課長	課長代理	係長	係員

## 健康保険被保険者証 滅失 毀損 再交付申請書

(注意事項)

3. 2. 1.

（盗難、紛失証明書など）を、毀損したための再交付申請書であるときは「被保険者証滅失届」および「滅失事由を明らかにする証明書」をこの申請書に添付してください。

標題の「滅失」「毀損」の文字および③⑤⑧の年号、④⑨⑩はそれぞれ該当する文字を○で囲んでください。

※印の欄は記入しないでください。

① 被保険者証 記号番号		② 被保険者氏名				③ 生年月日				④ 性別	
—		(フリガナ)				5: 昭	年	月	日	1. 男 2. 女	
⑤ 資格取得年月日		⑥ 被保険者住所									
5: 昭	年	月	日	〒 —							
7: 平											
9: 令											
⑦ 備考											

再交付申請の対象となる者	被保険者欄		⑦氏名(上段:フリガナ 下段:漢字)		⑧ 生年月日				⑨性別	⑩続柄	⑪再交付の原因	
		0	0	上 記 に 同 じ							本人	滅失
被扶養者欄	⑥※		⑦氏名(上段:フリガナ 下段:漢字)		⑧ 生年月日				⑨性別	⑩続柄	⑪再交付の原因	
					5: 昭	年	月	日	1. 男 2. 女		滅失	※ 新規その他
					7: 平						失損	
					9: 令						滅失	※ 新規その他
					5: 昭	年	月	日	1. 男 2. 女		失損	
				7: 平						滅失	※ 新規その他	
				9: 令						失損		
				5: 昭	年	月	日	1. 男 2. 女		滅失	※ 新規その他	
				7: 平						失損		
				9: 令						滅失	※ 新規その他	

令和 年 月 日提出

組合受付印

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、今後は被保険者証を滅失または毀損することのないよう十分指導いたします。	
事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	( )

社会保険労務士の提出代行者