

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和			
				<input type="checkbox"/> 平成			
				<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)						
住所	(〒 -)			都	道		
				府	県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()					

再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分	再交付の原因		
	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分	※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。		
被扶養者氏名	生年月日	再交付の原因	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
備考			

事業主証明欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。 (〒 -)	・任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

(2023.4)

被保険者のマイナンバー記載欄 _____

受付日付印

〔被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。〕

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄