

健康保険 被保険者証再交付 申請書

被保険者記入用

証再

申請書は楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報	被保険者証の記号-番号	記号	番号
	フリガナ		
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 -)	
	電話番号		

チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の理由
<input type="checkbox"/>	被保険者（本人）分	本人の場合は左チェック欄にチェック			<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
再交付が必要な方 被扶養者の被保険者証が必要の場合（氏名を記入）		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		<input type="checkbox"/> 減失 <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"/> 減失 <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"/> 減失 <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"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
備考					

上記の通り健康保険被保険者証の再交付について申請します。

書類提出日

令和

年

月

日

事業主欄	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(*1)の方は事業主欄の記入は不要です。 (*1) 退職後、引き続き任意継続健康保険に加入されている方
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバーの記入は不要です

※被保険者のマイナンバー記載欄⇒

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

社会保険労務士の
提出代行者署名記載欄

--

受付日付印

(R3.6)

組合使用欄

--