

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	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 1 9 9	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名・印	(フリガナ)		自署の場合は押印を省略できます。			
	住所	(〒 -)		都(道) 府(県)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						

再交付が必要な方	氏名	生年月日	性別	再交付の理由	
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 * き損の場合は、その被保険者証を添付すること
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 * き損の場合は、その被保険者証を添付すること
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 * き損の場合は、その被保険者証を添付すること
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 * き損の場合は、その被保険者証を添付すること
備考①					

1. 上記のとおり被保険者証の再交付について、申請します。 令和 年 月 日
2. 再交付を受けた被保険者証については、今後は十分取扱いに注意します。
3. 滅失した被保険者証を発見したときは、発見された被保険者証を直ちに返納いたします。

事業主欄	事業所所在地	(〒 -)	印	・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	()		

- ※ 1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。
- ※ 2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。
- ① 事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
- ② 本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

備考②	事業所 個人番号 照会者	印	受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄		印	