

健康保険被保険者証再交付申請書

理事長	常務理事	事務長		係員

健康保険被保険者証の記号番号	被保険者の氏名		生年月日				性別	資格取得年月日	年	月	日		
12 - 34	(氏) 健保	(名) 太郎	昭平令	5	7	9	男	2	7	0	4	0	1
							再交付年月日						
被保険者の住所						備考							
東京都渋谷区千駄ヶ谷△—△—△													

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	備考
		(氏) 健保 (名) 太郎	昭平令 5 7 9 5 0 0 6 1 0	男	本人	滅失 1 き損 2.	
	被扶養者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	備考
		(氏) 健保 (名) 花子	昭平令 5 7 9 5 6 1 1 1 7	男	妻	滅失 1 き損 2.	
		(氏) 健保 (名) 順子	昭平令 5 7 9 1 0 0 7 0 6	男	次女	滅失 1 き損 2.	
	(氏) (名)	昭平令 5 7 9	男		滅失 1 き損 2.		
	(氏) (名)	昭平令 5 7 9	男		滅失 1 き損 2.		

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き損することのないよう十分指導いたします。

令和 2 年 5 月 〇 日 提出

(受付日付印)

事業所所在地	〒 151 - 〇〇〇〇 東京都渋谷区千駄ヶ谷〇—〇—〇
事業所名称	株式会社〇〇〇〇
事業主氏名	代表取締役 〇〇 〇〇
電話	03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇



※「被保険者の氏名」の欄は、被保険者自ら署名する場合には押印は不要です。
※き損したための再交付申請であるときは、「き損した健康保険被保険者証」を添付して下さい。