

健康保険被保険者証再交付申請書(本人・家族)

対象者に を入れてください。

常務理事	事務長	課長	係長	主任	担当者

交付日 令和 年 月 日

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名	生年月日	性別	資格取得の年月日	
		フリガナ (氏)	(名)	5 昭和 年 月 日 7 平成 9 令和	1 男 2 女	5 昭和 年 月 日 7 平成 9 令和

再交付対象者が家族の場合、右欄に記入してください。

被扶養者の氏名	生年月日	性別	被扶養者の認定年月日	
フリガナ (氏)	(名)	5 昭和 年 月 日 7 平成 9 令和	1 男 2 女	5 昭和 年 月 日 7 平成 9 令和

被保険者の住所	〒	電話 () -
---------	---	----------

【再交付申請の事由】 滅失又は毀損の場合、その状況を記入してください。

1 令和 年 月 日 滅失 _____

毀損 _____

2 裏面住所欄が無余白のため再交付を申請します。 _____

毀損再交付と裏面無余白再交付は、被保険者証を添付してください。(住所変更がある場合は、住所変更届も併せて提出してください。)

滅失又は毀損の場合	(1) 今後かかる不始末のないよう、被保険者証の保管には充分注意いたします。 (2) 旧被保険者証を発見した時は、直ちに返却いたします。 (3) 滅失により貴健康保険組合にご迷惑をおかけした時は、損害賠償をいたします。
-----------	---

受付日付印

上記のとおり、被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 () -

令和 年 月 日提出

社会保険労務士の提出代行者印