

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

記入例

交付日 平成 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		
1111	2222	フリガナ (氏) ウンユ 運 輸	(名) タロウ 太 郎	年	月	日	1 男 2 女	年	月	日
				5 昭和 7 平成	0	0	1	0	1	5 昭和 7 平成

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)	年	月	日	1 男 2 女	年	月	日
		5 昭和 7 平成				5 昭和 7 平成		

被保険者の住所	〒 ×××× 神戸市中央区 町×××	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 平成 22 年 1 月 1 日 滅失 毀 損	いつ頃、どこでどのように具体的に記入してください。
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。(住所変更の場合は、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	神戸市中央区 町×××
事業所名称	株式会社
事業主氏名	代表取締役
電話番号	() - ××××

平成 **22** 年 **4** 月 **1** 日提出

社会保険労務士の提出代行者印
