

健康保険被保険者証等 滅失・き損 再交付申請書

常務理事	部長	係長	係

被 保 険 者 欄	記号	番号	氏名		生年月日	標準報酬月額 千円	以下のとおり申請がありましたので提出します。 年 月 日 事業所の 所在地 名称 事業主
			(カナ) (氏)	(名)	年 月 日		
	住所		資格取得年月日		備考		
	〒	-	TEL ()		年 月 日		

再 交 付 申 請 の 対 象 者	氏名		生年月日	性別	続柄	証の種別	再交付申請の理由	備考
	(カナ) (氏)	(名)	年 月 日	男 女		被保険者証 高齢受給者証 その他()		
(カナ) (氏)	(名)	年 月 日	男 女		被保険者証 高齢受給者証 その他()			
(カナ) (氏)	(名)	年 月 日	男 女		被保険者証 高齢受給者証 その他()			
(カナ) (氏)	(名)	年 月 日	男 女		被保険者証 高齢受給者証 その他()			
(カナ) (氏)	(名)	年 月 日	男 女		被保険者証 高齢受給者証 その他()			

◎注意事項

受付年月日

- ※「証の種別」欄はいずれかに○をしてください
- ※「再交付申請の理由」が紛失または盗難による場合は、悪用される可能性があるため、警察に届け出てください。
- ※被保険者証の記号番号に代えて個人番号を記載する場合は、備考欄に記載してください。
- ※個人番号を記載した場合は、番号及び本人確認するための書類が必要となります。