

事業所		
		係

健康保険被保険者証(カード) 滅失 再交付申請書

2. 1. 健康保険被保険者証を滅失したため再交付申請であるときは「き損となった健康保険者証(カード)」
 1. 健康保険被保険者証を滅失したため再交付申請であるときは「被保険者証滅失届」
 「この申請書に添付して提出する書類」

健康保険者証の記号	健康保険者証の番号	被保険者の氏名	被保険者の生年月日	性別	備考
		⑩	昭和 ・ 平成 年 月 日	男・女	
資格取得年月日		被保険者の住所		再交付の原因	
昭和・平成・令和 年 月 日				滅失・き損・その他	

再交付する者の氏名	生年月日	性別	続柄	再交付する者の氏名	生年月日	性別	続柄
	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	
再交付する者の氏名	生年月日	性別	続柄	再交付する者の氏名	生年月日	性別	続柄
	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女			昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	

上記のとおり被保険者から健康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、今後は健康保険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 年 月 日 提出

事業所所在地	〒	-
事業所名称		
事業主氏名		⑩
電話		

健保組合受付印