

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者記入用

証再

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日	年	月	日					
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)									
住所	(〒	-)	都	道	府	県				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()								

 再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人) 分	再交付の原因		
	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族) 分	※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。		
被扶養者氏名	生年月日	再交付の原因	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
備考			

事 業 主 欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。 (〒 -)	・任意継続被保険者 (※1) の方は 事業主欄の記入は不要です。 ※1 退職後、引き続き任意継続健康保険に 加入されている者
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号	()	

*再交付発行手数料 (500 円/枚) は、後日精算となります。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	様式番号	協会使用欄	受付日付印
<input type="text"/>	2 1 1 1 1 6	1 <input type="text"/>	(2022.9)