

理事長	常務理事	事務長	担当

健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者欄	1	被保険者証の記号	記号	—	番号	—	
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成	年	月	日	
	3	被保険者の氏名	(フリガナ) (氏)	(名)			印
	4	性別	男・女				
	5	被保険者の住所	郵便番号		—		電話 ()
			都道府県				

被保険者証の再交付について、次のとおり申請いたします。

再交付対象者欄 (該当記号「ア」「イ」に○印)	ア	被保険者(本人)分	9	再交付の原因	滅失・き損・その他				
		被扶養者(家族)分	※ 下記に被保険者証を再交付する被扶養者について記入してください。						
	イ	6	被扶養者の氏名	7	被扶養者の生年月日	8	性別	9	再交付の原因
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	滅失・き損・その他
		6	被扶養者の氏名	7	被扶養者の生年月日	8	性別	9	再交付の原因
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	滅失・き損・その他
		6	被扶養者の氏名	7	被扶養者の生年月日	8	性別	9	再交付の原因
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	滅失・き損・その他
	10	再交付の理由							
	11	警察への届出	届出警察署名		届出年月日	年	月	日	

※「盗難」による再交付を申請する場合は、警察署への届出を必須とします。

※「盗難」以外の理由による再交付を申請する場合は、事故防止の観点から、警察署へ紛失の届出を行って頂くようお願いします。

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

事業主欄	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。		受付日付印
	事業所所在地	〒 — —	
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話	— —	

※「き損」による再交付を申請する場合は、「き損」した被保険者証を必ず添付してください。