

# 健康保険被保険者証 滅失 毀損 再交付申請書

常務理事	事務長		

健康保険被保険者証の記号番号	被保険者の氏名	生年月日	性別	資格取得年月日	昭. 5 平. 7 令. 9	年 月 日
—	(氏) (名) ㊟	昭. 5 年 月 日 平. 7	男. 1 女. 2	再交付年月日	令和	年 月 日
被保険者の住所				備考		
〒 —						

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	備考
		(氏) (名)	同上	同上	本人	滅失. 1 毀損. 2	
	被扶養者欄	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	備考
		(氏) (名)	昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9	男. 1 女. 2		滅失. 1 毀損. 2	
		(氏) (名)	昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9	男. 1 女. 2		滅失. 1 毀損. 2	
(氏) (名)		昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9	男. 1 女. 2		滅失. 1 毀損. 2		
(氏) (名)	昭. 5 年 月 日 平. 7 令. 9	男. 1 女. 2		滅失. 1 毀損. 2			

上記のとおり被保険者から健康保険被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、今後は被保険者証を滅失または毀損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	㊟
電話	( 局 ) 番

令和 年 月 日 提出

受付日付印