

事務長	部長・代理	課長・代理	係長	係	決 裁

健康保険証再交付申請書

提出日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

事業主欄	事業所所在地	下記のとおりに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。 〒 [] - []
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話番号	☎ ()

被保険者欄	記号	番号 (右づめ)	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		性別	男		女		備考			
	経過等を 記入してく ださい											
	※滅失(紛失・盗難)の場合のみ記入してください	私儀、この度貴組合より交付いただいた証を紛失してしまいました。尚、万一、証を発見したときには、ただちに返却します。 令和 年 月 日 住所 〒 - 被保険者 氏名										

該当する項目に✓してください

チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	性別	再交付する証	再交付の理由		
<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)分	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 滅失(紛失・盗難) <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他()		
再交付が必要な方 被扶養者の健康保険証が必要な場合(氏名を記入)				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 滅失(紛失・盗難) <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他()
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 滅失(紛失・盗難) <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他()
				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証	<input type="checkbox"/> 滅失(紛失・盗難) <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他()

注 1 毀損の場合は、毀損した証を添付してください

受付印

2 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)