# 健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

| 専務理事 | 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係員 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |

◎ 被保険者証がき損となったための再交付申請であるときは「き損」となった被保険者証をこの申請書に添付してください。

◎ 滅失のための再交付申請であるときは、※欄に滅失のときの状況を詳しく記入してください。

| 健康保険被保険者証の 記号 | 健康保険被保険者証の 番号 | 被保険者の氏名 (氏) | 被保険者の氏名 (名) | 生年月日 | | | | | 資格取得年月日 | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 昭平 | 年 | 月 | 日 | | 昭平令 | 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 (氏) | 氏名 (名) | 生年月日 | 続柄 | 再交付の原因 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 上記に同じ | 本人 | 滅失・き損 |

| 被扶養者欄 | 氏名 (氏) | 氏名 (名) | 生年月日 | 続柄 | 再交付の原因 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | 昭平令 年 月 日 | | 滅失・き損 |
| | | | 昭平令 年 月 日 | | 滅失・き損 |
| | | | 昭平令 年 月 日 | | 滅失・き損 |

※ 滅失したときの状況

| 滅失した年月日 | 滅失した場所 |
|---|---|
| 令和 年 月 日 | |

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 | |
| 電話 | ( 局) 番 |

| 社会保険労務士の提出代行者 |
|---|
| |

受付印

※ 再交付後に被保険者証を発見したときは、再交付前（最初に交付した）の被保険者証を返納してください。

東京貨物運送健康保険組合