

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書
 き損

決裁	常務理事	事務長	事務次長	担当

◎記入の方法は記入例がありますのでご覧ください
 ◎「※」印欄は記入しないでください

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名(押印不要。下記確認欄☑必須)		生年月日		性別	資格取得年月日	
※	(左詰め)	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年 月 日	男・女	昭和 平成 令和	年 月 日
被保険者の住所				電話番号		勤務先名称		
〒 -								

※被扶養者番号	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	備考
被保険者	(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女	本人	滅失・き損・その他	
※	(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		滅失・き損・その他	
※	(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		滅失・き損・その他	
※	(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		滅失・き損・その他	
※	(氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男・女		滅失・き損・その他	

確認欄 この届出については、①または②の要件を満たしたものである。※☑をお願いします。

①申請者本人(被保険者)が作成したものである。

②記載内容については誤りが無い申請者本人が確認している。

事業主証明欄

上記の通り、相違ないことを証明します。
 (〒 -) 令和 年 月 日提出

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号 TEL ()

受付印

社会保険労務士の提出代行者名