

届書コード			届書
2	5	1	

健康保険被保険者証 減き 失損 再交付申請書

所長	次長	課長	係長	係員

◎ 記入の方法は裏面に書いて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。

① 事業所整理記号	② 被保険者整理番号	④ 被保険者の氏名	③ 生年月日	⑤ 性別	⑥ 資格取得年月日	送信
		(氏) _____ (名) _____	1. 明 3. 大 5. 昭 7. 平 年 月 日	男 1. 女 2.	年 月 日	
⑦ 被保険者の住所					⑧ 備考	

再交付申請の対象となる者	④※被扶養者番号	⑥ 氏名	⑦ 生年月日	⑧ 性別	⑨ 続柄	⑩ 再交付の原因	⑪ 備考	送信
	被保険者	(氏) _____ (名) _____	1. 明 3. 大 5. 昭 7. 平 年 月 日	男 1. 女 2.	本人	減失 3. き損 4.	※新規 7. その他 8.	
	被扶養者	(氏) _____ (名) _____	1. 明 3. 大 5. 昭 7. 平 年 月 日	男 1. 女 2.	減失 3. き損 4.	※新規 7. その他 8.		
		(氏) _____ (名) _____	1. 明 3. 大 5. 昭 7. 平 年 月 日	男 1. 女 2.	減失 3. き損 4.	※新規 7. その他 8.		
		(氏) _____ (名) _____	1. 明 3. 大 5. 昭 7. 平 年 月 日	男 1. 女 2.	減失 3. き損 4.	※新規 7. その他 8.		
(氏) _____ (名) _____		1. 明 3. 大 5. 昭 7. 平 年 月 日	男 1. 女 2.	減失 3. き損 4.	※新規 7. その他 8.			

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届出いたします。

事業所所在地	〒 _____
事業所名称	_____
事業主氏名	_____ 印
電話	() 番 _____

平成 年 月 日 提出

受付印

社会保険労務士の提出代行者印
_____ 印