

健康保険被保険者証 減失 再交付申請書  
き 損

記入例

被保険者証に枝番(2ケタ)の記載がある方は、枝番(2ケタ)まで記入して下さい。

◎「※」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	生年月日	性別	資格取得年月日
※	(左詰め)	(氏) (名)	昭平令 年 月 日	男・女	昭平令 年 月 日
1 2 3 4	5 6 7 8 9 0 0	健保 太郎	4 7 0 9 0 8	男	0 8 0 4 0 1
被保険者の住所			電話番号	勤務先名称	
〒100-0000 東京都中央区〇〇1-1 △△マンション101			03-xxxx-xxxx	●●●●株式会社 (任意継続の方は記入不要)	

※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) 健保 (名) 太郎	昭平令 4 7 0 9 0 8	男・女	本人	減失 失・その他	
被扶養者	(氏)	昭 年 月 日	男・女		減失 失・その他	
	(氏)	平令 年 月 日	男・女		減失 失・その他	
	(氏)	昭平令 年 月 日	男・女		減失 失・その他	
	(名)	昭平令 年 月 日	男・女		減失 失・その他	

被扶養者が再交付対象の場合は、こちらにご記入下さい。

【重要】必ず☑をお願いします。押印に変わる重要事項となります。

確認欄 ☑ 提出については、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ないか申請者本人が確認している。

事業主証明欄

事業所所在地 上記の通り、相違ないことを証明します。  
( 〒 - ) 令和 年 月 日提出

事業所名称 ※事業主記載欄のため、被保険者記入不要です。

事業主氏名

電話番号 TEL ( )

【訂正方法】

●訂正の際は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者(または事業主担当者や証明者)の氏名(サイン)を記入してください。

例： ~~あいうえお~~ かきくけこ(健保太郎)