

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

常務理事	事務長	責任者	担当

①被保険者証の記号・番号	②被保険者の氏名	③被保険者の生年月日	④性別	⑤資格取得年月日
-		年 月 日	男 女	年 月 日
⑥被保険者の住所	〒		再交付手数料 1枚につき500円	備 考

⑦再交付対象となる者	被保険者	氏 名	生 年 月 日	性 別	続柄	再交付の原因	備 考
					本人	・滅失 ・き損 ・その他	
	上 記 に 同 じ						
	被扶養者	氏 名	生 年 月 日	性 別	続柄	再交付の原因	備 考
			年 月 日	男 女		・滅失 ・き損 ・その他	
			年 月 日	男 女		・滅失 ・き損 ・その他	
			年 月 日	男 女		・滅失 ・き損 ・その他	

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。	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電 話	

_____年 _____月 _____日提出

受 付 日 付 印

※カード被保険者証の再交付には1枚につき500円の再交付手数料がかかります。
 ※被保険者証の再交付を受けた後に滅失した被保険者証が発見された場合は、発見された被保険者証を健康保険組合へご返却ください。