

# 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資格取得年月日
0-0000000	丸井 太郎	〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日	年 月 日
⑤被保険者の住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇		再交付手数料 1枚につき500円
			備考

⑥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
		丸井 太郎	上記に同じ		本人	滅失 ・き損 ・その他	
	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	

〇〇〇〇年 〇〇月 〇〇日提出

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。