

*保険証を再交付して欲しい時

健康保険 被保険者証再交付申請書 (滅失・き損)

※被保険者は太枠内をすべて記入し、事業所に提出してください。

捺印は不要です。但し、訂正した場合は訂正印を押印してください。

保険証をなくした場合の再交付申請には「健康保険被保険者証滅失届」も必要です。

※保険証カードと一緒に請求書をお送りしますので、指定口座へ1,000円/人をお振込みください。

【ただし、経年劣化等による印字の消失・かすれて読めない場合は、無償で再交付します(健保組合で判断します)。被保険者証は必ず添付してください】

| | | | |
|------|-----|--|-----|
| 常務理事 | 事務長 | | 担当者 |
| | | | |

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------|
| 被保険者証の記号と番号 〇〇 - 〇〇〇〇 | 被保険者の氏名 | 被保険者の生年月日 昭・平 〇〇年 〇月 〇日 | 性別 男・女 |
| 資格取得年月日 昭・平・令 〇〇年 〇月 〇日 | 被保険者の住所 東京都〇〇区〇〇1-1-1 | | き損の場合は理由を記入 |

再交付が必要な方

| 氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 性別 | 続柄 |
|-------|--------------------|--------|----|----|----------------|--------|----|
| 健保 一郎 | 昭・平・令 〇〇年 〇月 〇日 | 男 女 | 長男 | | 昭・平・令 年 月 日 | 男 女 | |
| | 昭・平・令 年 月 日 | 男 女 | | | 昭・平・令 年 月 日 | 男 女 | |

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。
今後は健康保険被保険者証を滅失またはき損することのないように十分指導いたします。

受付日付印

| | |
|--------|------------------|
| 事業主の証明 | 令和 〇〇年 〇月 〇日 |
| 所在地 | 〇〇〇〇〇2-2-2 |
| 名称 | 〇〇〇〇株式会社 |
| 事業主氏名 | 〇〇 〇〇 |
| 電話番号 | 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 |