

健康保険被保険者証 再交付申請書

常 務 理 事	事 務 長	課 長	係 長	係

1. ③・④・⑦・⑧は、それぞれ該当する文字を○でかこんでください。

2. 健康保険被保険者証を滅失したための再交付申請であるときは、「被保険者証滅失申請であるときは「き損となった被保険者証」を、この申請書に添付してください。

被 保 険 者 欄	① 被 保 険 者 証 の 記 号	1	0	0	0	番 号		2	0	0		
	② 被 保 険 者 の 氏 名	〇〇 〇〇 印						③ 性 別		男 ・ 女		
	④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 ・ 平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日生										
	⑤ 被 保 険 者 の 住 所	〒 135 — 0021 東京都江戸川区中央〇-〇-〇 電 話 〇〇 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇										

⑥ 再交付対象者欄	被保険者分（本人）			⑧ 再交付の原因 減失き損
	被扶養者（家族）氏名	続柄	⑦ 性別	⑧ 再交付の原因
	〇〇 〇〇	妻	男・女	減失き損
	被扶養者（家族）氏名	続柄	⑦ 性別	⑧ 再交付の原因
	〇〇 〇〇	長男	男・女	減失き損
	被扶養者（家族）氏名	続柄	⑦ 性別	⑧ 再交付の原因
			男・女	減失き損

年 月 日 提 出

き損となつたための再交付

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。

なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することないように充分指導いたします。

〒 135 — 0031

事業所所在地 東京都江東区〇〇〇-〇-〇

事業所名称

事業主氏名 〇〇 〇〇 印

電 話 〇〇 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇

受付日付印

印刷製本包裝機械健康保險組合

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印