

健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係員

申請 被 保 険 者	①健康保険被保険者証の 記号	②被保険者の氏名 フリガナ	③生年月日 昭・5 平・7 令・9 年 月 日	性別 男 1 女 2	④再交付の原因 滅失 3 き損 4 その他 7	
	⑤資格取得年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	⑥被保険者の住所 〒----- 電話（日中の連絡先） -----		⑦備 考 *被保険者分の再交付が必要な場合も、 ⑧～⑩に記入してください。		
再 交 付 を 必 要 と す る 者	⑧再交付対象者の氏名 フリガナ		⑨生年月日 昭・5 平・7 令・9 年 月 日	⑩性別 男女 1 2	⑪続柄	⑫住 所 *被保険者の住所と異なる場合のみ記入してください 〒-----
	フリガナ		昭・5 平・7 令・9 年 月 日	男女 1 2		〒-----
	フリガナ		昭・5 平・7 令・9 年 月 日	男女 1 2		〒-----
	フリガナ		昭・5 平・7 令・9 年 月 日	男女 1 2		〒-----
事 業 主	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届出いたします。なお、今後は被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。				申請理由	
	〒----- 事業所 所在地 事業所 名称 事業主 氏名 電 話 ()				(詳しく) 屋外での滅失、盗難の場合届出の 警察署・交番名等	
手数料納付方法(一枚 500円)下欄のどちらかを選択してください					納付確認者	
1 郵便切手払い 2 現金払い						

※郵便切手で納付の場合は切手を届書に同封し、健康保険組合までお送りください。