

決裁日付印	常務理事	事務長	課長	係長	担当者

届書コード	届書
2 5 1	

健康保険被保険者証

減失
き損
無余
白

再交付申請書

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	(ア) 被保険者の氏名	③ 被保険者の生年月日	(イ) 性別	(ウ) 資格取得年月日	送信
		(氏) (名) (印)	昭 5 年 月 日 平 7	男 1 女 2	昭 5 年 月 日 平 7	

(エ) 被保険者の住所	(オ) 備考

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	(カ)	(キ)	性別	続柄	⑤ 再交付の原因			(ク) 備考
		氏名	生年月日			減失	新規	備考	
	(氏)	(名)	上記に同じ		本人	3	7		
	(氏)	(名)	昭 5 年 月 日 平 7	男 1 女 2		3	7		
	(氏)	(名)	昭 5 年 月 日 平 7	男 1 女 2		3	7		
	(氏)	(名)	昭 5 年 月 日 平 7	男 1 女 2		3	7		
	(氏)	(名)	昭 5 年 月 日 平 7	男 1 女 2		3	7		

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、今後は健康保険被保険者証を減失またはき損することのないよう十分指導いたします。

平成 年 月 日

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名 (印)

電話 (局) 番

受付日付印

健康保険被保険者証を受領いたしました。	
氏名	(印)

社会保険労務士の提出代行者印	(印)
----------------	-----

◎「※」印欄は記入しないでください。