

健康保険被保険者証

滅失
毀損

再交付申請書

決 裁		
常務理事	事務長	担当者

被保険者証	記号		被保険者	住所	
	番号			事業所名	
申 請 の 理 由	再発行申請者（被保険者または被扶養者をし下さい） * 被保険者証を発見したときは、直ちに返納して下さい。 被保険者(本人)			氏名	
	被扶養者(家族) …… 以下を記入下さい				
	被扶養者氏名	続柄	性別	生年月日	
			男・女	昭・平・令	年 月 日
			男・女	昭・平・令	年 月 日
			男・女	昭・平・令	年 月 日
			男・女	昭・平・令	年 月 日

事業主の証明

届出日 年 月 日

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滅失、毀損することのないよう十分指導いたします。	
事業主の住所、氏名及び印	

受付日付印

- * 毀損の再交付の場合はその被保険者証を添付して下さい。
- * 屋外で被保険者証を紛失した場合は警察へ届け出て下さい。
- * 被保険者証の再交付には手数料(1枚につき1,000円、任継者以外は給与控除)がかかります。