

常務	部長	課長	係長	係

記入例

健康保険 被保険者証 **滅失** 再交付申請書

被保険者証の記号及び番号を記入してください。

該当する文字を○印で囲んでください。

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被保険者の氏名	生年月日	資格取得年月日
12345	678	健保 太郎	昭5 年 月 日 平7 60 6 9	昭5 年 月 日 平7 23 8 1 令9
被保険者の住所 〒(000-0000) 千葉県〇〇市〇〇区			本人の直筆による届出以外の場合、確認欄にチェックをご記入ください。	確認欄 <input checked="" type="checkbox"/>

	氏名	生年月日	続柄	再交付の理由	備考
再交付が必要な方	被保険者	同上	本人	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 <small>き損した被保険者証を添付してください。</small>	
	被扶養者	健保 次郎	昭5 年 月 日 平7 2 2 22 令9	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 <small>き損した被保険者証を添付してください。</small>
			昭5 年 月 日 平7 令9		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 <small>き損した被保険者証を添付してください。</small>

再交付が必要な方の氏名を記入してください。

該当する再交付理由に○印を記入してください。

健康保険組合へ提出した日を記入してください。

令和 4 年 5 月 15 日 提出

受付目付印

上記のとおり被保険者から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。

事業所所在地 〒(000-0000) 千葉県〇〇区〇〇1-1-1
 事業所名称 医療法人〇〇会 〇〇病院
 事業主氏名 〇〇 △△
 電話 000 (111) 2222

社会保険労務士の提出代行者名記載欄