

保険証関係書類は必ず 本人→事業主→健保でお願いします。

受 付 年 月 日
 決 定 年 月 日

交 付 決 議 書				

健康保険被保険者証再交付申請書

◎記入の方法は下記に書いてありますからよく読んでください。

健康保険被保険者証の記号番号	⑦ 被 保 険 者 の 氏 名	① 生 年 月 日	④ 性 別	資格取得年月日	年 月 日
	(氏) (名) ⑤	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7	男 1. 女 2.	再交付年月日	年 月 日
被 保 険 者 の 住 所			備 考		

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	氏 名	⑦ 生 年 月 日	① 性 別	③ 続 柄	② 再交付の原因	備 考
		(氏) (名)				滅 失 1. き 損 2.	
	被扶養者欄	氏 名	⑦ 生 年 月 日	① 性 別	③ 続 柄	② 再交付の原因	備 考
		(氏) (名)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7	男 1. 女 2.		滅 失 1. き 損 2.	
		(氏) (名)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7	男 1. 女 2.		滅 失 1. き 損 2.	
(氏) (名)		明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7	男 1. 女 2.		滅 失 1. き 損 2.		
	(氏) (名)	明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7	男 1. 女 2.		滅 失 1. き 損 2.		

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、今後は被保険者証を滅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 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		⑤
電 話	(局)	番

【記入の方法】

1. ㊦欄は、被保険者自ら署名する場合には、押印は不要です。

2. ①および㊦欄の年号は、該当する文字を○で囲んでください。生年月日は、たとえば昭和32年2月7日生まれの場合は記入してください。

明 1	年	月	日
⑤ 大 3	3	2	0
⑤ 平 7	2	0	7

のように

3. ④および㊦欄は、該当する性別を○印で囲んでください。

4. ㊦欄は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」および「祖母」などと詳しく記入してください。

5. ②欄は、該当する再交付の原因を○印で囲んでください。

【この申請書に添付して提出する書類】

1. 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、「被保険者証滅失届」。

2. き損したための再交付申請であるときは、「き損した健康保険被保険者証」。

3. 再交付の際には、費用(300円)がかかります。