

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者（申請者）記入用

記入日 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|------------------|-----------------|--------|--|---|---|---|
| 被保険者情報 | 記号 | 番号 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者証の (右づめ) | | | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 | | | |
| | 氏名 (フリガナ) | 〔 自署 〕 | | | | |
| 住所 | (〒 -) | | | | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL | () | | | | |

| 再交付が必要な方 | 氏名 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 続柄 | 再交付の理由 |
|---|--------|---|---|---|---|----|--|
| | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | | | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | | | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | | | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| | (フリガナ) | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | | | | | <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 |
| 再交付希望の理由（滅失した場所やき損した理由等を詳しくご記入ください） | | | | | | | |
| 上記の通り再交付願います。 今後は被保険者証の取り扱いに十分注意し、滅失した保険証を発見した場合は健保へ返却いたします。 また、医療費等において不正使用が発覚した場合は、健保へすみやかに連絡いたします。 | | | | | | | |

※再交付を希望する方の、本人確認書類(運転免許証、

パスポート、住民票などの写し)を添付願います。

※き損の場合は必ず保険証をご返却ください。

健保承認印

健保受付印