

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 5年 5月 1日

任意継続：91

特例退職：92

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	番号	生年月日	年	月	日	
		9 1	1 2 3 4 5 6 7	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	4	0 0	9 0 1
	氏名 (フリガナ)	ケンポ タロウ					
	(自署) 健保太郎						
住所 (〒 000 - 0000)	大阪 都道府 守口市〇〇町1丁目△-△						
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	06 (6992) 0000					

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) ケンポ ヤスミ 健保康美	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	4	3	0	5 0 5	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	(フリガナ) ケンポ ヤスオ 健保康夫	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	0	4	1	2 1 1	子	<input checked="" 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）								
引越しの時、荷物に紛れ、探したのですが見つかりませんでした。								
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