

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
氏名 (自署)						
※き損の場合は必ずき損の被保険者証を添付して申請してください。消えないペンでご記入ください。						

再交付が必要な方	氏名	生年月日	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	年 月 日		<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	年 月 日		<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	年 月 日		<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	年 月 日		<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、滅失した被保険者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。					

・被保険者証の滅失またはき損したことに相違ないことを証明します。
 ・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地
 事業所名称
 事業主（代理人）氏名
 事業所コード（ ）
 本件問合せ連絡先（本件問合せに必要ですので、必ず記入してください）
 部署・担当者氏名
 電話連絡先

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

令和 年 月 日 提出

健保承認印	健保受付印
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	(フリガナ)		(自署)			

※き損の場合は必ずき損の被保険者証を添付して申請してください。消えないペンでご記入ください。

再交付が必要な方	氏名	生年月日	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	年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <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	年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <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	年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <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	年 月 日	<input type="checkbox"/> 減失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他

再交付希望の理由（減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、減失した被保険者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。

・被保険者証の減失またはき損したことに相違ないことを証明します。
 ・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

事業所所在地
 事業所名称
 事業主（代理人）氏名
 事業所コード（ ）
 本件問合せ連絡先（本件問合せに必要ですので、必ず記入してください）
 部署・担当者氏名
 電話連絡先

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、証明者の氏名をご記入ください

令和 年 月 日 提出

健保承認印	健保受付印
<input type="text"/>	<input type="text"/>