

常務理事	事務長	課長	係員

健康保険 被保険者証 高齢受給者証 再交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る 欄	①被保険者証の 記号番号	—			※上記、再交付する証 <input type="checkbox"/> にチェックを付してください。 ※き損による申請の場合は、き損した保険証を添付してください。		
	③被保険者氏名			⑤生年月日	昭和	平成	
	⑥事業所の	名 称					
		所在地					
	⑦ 今回再交付する 対象者の氏名		⑨ 生 年 月 日	⑩続柄	⑪再交付の理由		
	被保険者			上 記 に 同 じ	本人	滅失・き損・その他	
	被扶養者			昭和 平成 令和	・	・	
	被扶養者			昭和 平成 令和	・	・	
	被扶養者			昭和 平成 令和	・	・	
	⑫滅失き損に至った 状況・理由						
<p>⑬この欄は「⑪再交付の理由」が 滅失 の場合に記入してください。</p> <p>上記のとおり被保険者証を滅失いたしました。今後は十分注意いたします。 なお、滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>被保険者 氏 名</p>							
事 業 主 が 記 入 す る 欄	上記のとおり、被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。						
	令和 年 月 日						
	所在地						
	事業所 名 称						
	事業主 氏 名						
電話 番 号 ()							

受付日付印