伺年月日	年　月　日	執行年月日	年　月　日		
常務理事	事務長	課(係)長	扱　者		被扶養者台帳照合印

健康保険被保険者証 滅失 き損 無余白 再交付申請書

① 健康保険被保険者証の記号	② 健康保険被保険者証の番号	㋐ 被保険者の氏名	③ 被保険者の生年月日	㋑性別	④ 再交付の原因	送信
○○	○○○○	(氏) 健保　(名) 太郎　健保	昭5 平7 令9 ○○年○○月○○日	男1 女2	滅失3 き損4 無余白5 新規7 その他8	

㋒ 資格取得年月日	㋓ 被保険者の住所	備考
○年○月○日	○○県 ○○市 ○○町 1-1	

㋔再交付申請の対象となる者の氏名		㋕ 生年月日	㋖性別	㋗ 続柄	㋔再交付申請の対象となる者の氏名		㋕ 生年月日	㋖性別	㋗ 続柄
(氏) 健保	(名) 太郎	昭5 平7 令9 ○○年○月○日	男1 女2	本人	(氏)	(名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男1 女2	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男1 女2		(氏)	(名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男1 女2	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男1 女2		(氏)	(名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男1 女2	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男1 女2		(氏)	(名)	昭5 平7 令9 年 月 日	男1 女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、今後は健康保険被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒　－
事業所名称	
事業主氏名	㊞
電話	(　局)　番

年　月　日 提出

受付日付印