

滅失・き損どちらかに○を付ける

滅失の場合、「健康保険被保険者証滅失届」を添付する

届書コード
2 5 1

健康保険被保険者証

 滅失
 き損

再交付申請書

常務理事	事務長	係

◎「※」印欄は記入しないでください。

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	⑦ 被保険者の氏名	③ 生年月日	④ 資格取得年月日
99	100	(氏) 健保 (名) 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭5 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平7 4 8 0 7 1 0	<input checked="" type="checkbox"/> 平7 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令9 2 6 1 0 0 1
⑤ 被保険者の住所			⑥ 備考	
〒141-0032 東京都品川区大崎〇-〇-〇				

再交付の対象となるもの	被保険者欄	④ 氏名	⑧ 生年月日	⑨ 続柄	⑤ 再交付の原因	③ 備考	
		(氏) (名) 健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭5 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平7 5 0 0 4 1 0 <input type="checkbox"/> 令9	本人	<input type="checkbox"/> 滅失 3. ※新規 7. <input type="checkbox"/> き損 4. その他 8.		
	被扶養者欄	④※被扶養者番号	⑦ 氏名	⑧ 生年月日	⑨ 続柄	⑤ 再交付の原因	③ 備考
			(氏) (名) 健保 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭5 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平7 5 0 0 4 1 0 <input type="checkbox"/> 令9	妻	<input type="checkbox"/> 滅失 3. ※新規 7. <input type="checkbox"/> き損 4. その他 8.	

再交付する人のみ記入

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、今後は被保険者証を滅失また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 ()

健康保険被保険者証を受領いたしました。

氏名

令和 4年 6月 1日 提出
受付日付印

記入不要

社会保険労務士の提出代行者欄

氏名等

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

←被保険者証の記号番号を記入した場合は記入しない