

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

決 裁	常務理事	事務長	課長	課長代理	係長	係員

被保険者証の記号番号	—	被保険者氏名		性別	男 女	生年月日	昭 平 成	年	月	日
被保険者の住所	〒				資格取得年月日		平 令 和	年	月	日

該当者の氏名（再交付申請の対象となる者）	生年月日	性別	続柄	再交付を申請する理由（詳しく）				
	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			
	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			
	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			
	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			
	昭 平 令 和	年	月	日	男 女			

※太線の枠内を記入してください。

※再交付の申請理由は詳しく記入してください。

※滅失した被保険者証を発見した場合は、必ず返納してください。

※き損の場合は、その被保険者証を添付してください。

※盗難・紛失等による滅失の場合は、第三者による悪用防止のために警察にも届け出てください。

備考欄	
-----	--

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。（マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類（通知カード又は個人番号記載住民票の写し等）」及び「身元確認書類（運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要です。また、事業主様経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類（申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書）」及び「代理人の身元確認書類（事業主の運転免許証又はパスポートの写し等）」が必要となります。）

上記の通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。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充分指導いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名