

決裁年月日	R	年	月	日
-------	---	---	---	---

前回交付年月日	S・H・R	年	月	日
旧証添付の有無	有	無		
再交付の理由	紛失	棄損	その他	

常務理事	事務長	担当者	担当者

### 健康保険 被保険者証 再交付申請書(本人・家族)

被保険者証記号番号	—							
被保険者の氏名	(氏)	(名)	◎	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
被保険者の住所	郵便番号	—	電話番号	—	—			

下記の被保険者証について、紛失により再交付をお願いします。

再交付対象者欄 (該当記号「ア」「イ」に○印)	ア.	被保険者(本人)分	再交付の原因 紛失・棄損・その他						
	イ.	被扶養者(家族)分 ※ 下記に被保険者証を再交付する被扶養者について記入してください。							
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	再交付の原因				
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	紛失・棄損・その他
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	再交付の原因				
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	紛失・棄損・その他
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	再交付の原因				
(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男 女	紛失・棄損・その他		
	再交付の理由								

事業主欄	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。			
	事業所所在地			
	事業所名称	◎		
	事業主氏名			
	電話番号			

注1. 紛失による再交付の場合は、別紙「念書」を添付してください。

注2. 棄損、その他による場合は「旧の健康保険証」を添付してください。