常務理事	事務長	部長	課長	係長	係員

健康保険被保険者証　再交付申請書

記　号	番　号	被保険者氏名	生年月日
			昭和 ・ 平成 年　月　日
資格取得年月日	住所	〒 ☎　（　）	
昭和・平成・令和 年　月　日			

※本人押印・署名の省略にあたり、事業主が被保険者に届出意思を確認した場合は右記の「届出意思確認済」の□に✓を付してください。

届出意思確認済　□

被保険者が再交付申請の場合		
続柄	被保険者氏名	再交付理由
本人		滅失 ・ き損 その他

再交付手数料	取扱者
500円×　　枚 ＝　　円 き損した健康保険被保険者証を添付の場合、又は火災、自然災害等の証明書を添付の場合は、手数料は無料です。	

被扶養者が再交付申請の場合			
続柄	被扶養者氏名	生年月日	再交付理由
		昭和 ・ 平成 ・令和 年　月　日	滅失・き損・他
		昭和 ・ 平成 ・令和 年　月　日	滅失・き損・他
		昭和 ・ 平成 ・令和 年　月　日	滅失・き損・他
		昭和 ・ 平成 ・令和 年　月　日	滅失・き損・他
		昭和 ・ 平成 ・令和 年　月　日	滅失・き損・他

社会保険労務士の提出代行者印

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致します。
また、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。
なお、健康保険被保険者証を発見したときは、直ちに返納致します。

受付年月日

事業所所在地

事 業 所 名 称

事 業 主 氏 名

連絡先

令和4年4月　改