

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者記入用

証再

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者証 再交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日			
	被保険者証の (左づめ)		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	6	1	0	6	2	0
	氏名	(フリガナ)アタ ケイ 青田 慶子							
住所	(〒 155-0031) 東京都世田谷区北沢 6-8 リバーガーデン 2 03号								
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	03-3444-4444							

 再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。

再交付の原因	再交付の原因			
	<input type="checkbox"/> 滅失	<input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 被保険者 (本人) 分	※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。			
<input type="checkbox"/> 被扶養者 (家族) 分	※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。			
被扶養者氏名	生年月日	性別	再交付の原因	
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
備考				

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。	・任意継続被保険者(※1)の方は 事業主欄の記入は不要です。 ※1 退職後、引き続き任意継続健康保険に 加入されている者
	事業所所在地 (〒 163-0825) 東京都新宿区西新宿 2-4 新宿MSビル 25F	
	事業所名称 サンプル株式会社 (給与項目(基本給)) 本社	
	事業主氏名 木村 俊彦	
電話番号 03 -5321-0000		

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	社労士太郎
-----------------------	-------

様式番号

協会使用欄

2	1	1	1	1	6
---	---	---	---	---	---

1					
---	--	--	--	--	--