

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、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 7 4 7 4 7 4 7 4

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)		昭和 平成	5	8	0	6	2	0
	氏名・印	(フリガナ)アタ ケイコ 青田 慶子	印	自署の場合は押印を省略できます。					
住所	(〒 155-0031)	東京都世田谷区北沢 6-8 リバーガーデン 203号							
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03-3444-4444								

再交付が必要な方	チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	性別	再交付の理由	
必要扶養者の被保険者証を記入)	<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)分	/	/	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	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"/>		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	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"/>		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	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					

上記のとおり被保険者証の再交付について、申請します。

平成 30 年 08 月 28 日

事業主欄	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	印	任意継続被保険者の方は 事業主欄の記入は不要です。 事業主の自署の場合は 押印を省略できます。
	事業所名称	サンプル株式会社 [給与項目(基本+手当)]		
	事業主氏名	木村 俊彦		
	電話	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を記入した場合は記入不要です)
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

(29.7)

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	印
-----------------------	-------	---

様式番号

協会使用欄