

# 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 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 type="text"/>	2	昭和	5 8 0 6 2 0	
	氏名・印	(フリガナ)アタ ケイ 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が記入)	<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	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。 (〒 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+α)] 本社		
	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

2 1 1 1 1 6

1