

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者証 再交付申請書 【差替】
~~高齢受給者証~~

被保険者証 の記号番号	記号	〇〇	生年月日	昭和 平成	年	月	日	資格取得 年月日	平成	年	月	日			
	番号	〇〇〇			5	0	0	1	0	1	1	7	0	4	0
被保険者 氏名と印	フリガナ	ケンボ タロウ		被保険者 住所	〒 160-0023 東京都新宿区西新宿7-9-10										
		健保 太郎 (印)													
所属事業所 及び部署名	株式会社 健康保険 組合							電話	03-1234-5678						
被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失 (紛失・盗難・不明) 2. き損 ③ その他 (本人確認用書類として使用の為)													
	再交付を (該当するほうに○を)	1. 希望する 2. 希望しない													
	該当者 (該当するほうに○を)	① 被保険者分 2. 被扶養者分													
	該当者が被扶養者 の場合記入	①	フリガナ	続	生年月日	大正 昭和	年	月	日	※該当者が、被扶養者の場合は、 必ず記入してください					
②	フリガナ				年	月	日								
③	フリガナ	柄	生年月日	昭和 平成	年	月	日								
滅失き損したとき はその状況	※出来るだけ具体的にご記入ください														

※現在お手持ちの「被保険者証」との差替えになりますので、現在の「被保険者証」を必ず添付してください。

健康保険被保険者証・高齢受給者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)	
被保険者証等を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。 なお、被保険者証等を発見したときは、再交付した被保険者証等を直ちに返納いたしま す。	
平成 年 月 日	被保険者氏名 印

事業主 の 証 明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。なお、今後は被保険者証 等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。	
	平成 年 月 日	
	住所	
	事業主 氏名	印
	電話	

平成 〇〇年 〇月 〇日提出
受付日付印