

常務理事	事務長	係	係

# 健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者(申請者)記入用

被 保 険 者 ( 申 請 者 ) 情 報	記号	番号	性別	生年月日	年	月	日
	被保険者証の		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名・印	(フリガナ)					
住所	(〒 ー ) 都道 府県						

再 交 付 が 必 要 な 方	氏名	生年月日	性別	再交付の理由	
		<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
		<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

令和 年 月 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。 (〒 ー )	任意継続被保険者の方は 事業主欄の記入は不要です。
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電 話	( )	

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、「被保険者証記号番号」欄へ記載して下さい。  
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄

(03.2)

受付日付印

健康保険組合使用欄

資格取得年月日	年 月 日
再交付年月日	年 月 日