

※

決 定	令 和	年	月	日
決 裁				
常務理事	事務長	担当者	被扶養者確認印	

被 保 険 者 証 減 失 再 交 付 申 請 書

減 失
き 損

年 月 日 提 出

(注 意 事 項)

イ、健康保険被保険者証を滅失したための再交付申請であるときは、「被保険者証滅失届」および「滅失事由を明らかにする証明書」(盗難、遺失、消失、紛失証明書など)を、き損または無余白となったための再交付申請であるときは、「き損または無余白となった被保険者証」を、この申請書に添付してください。
ロ、※印の欄は、記入しないでください。

被 保 険 者 証			被 保 険 者 所 属 部 署 店 名		
記 号	番 号				
被 保 険 者 氏 名		性 別	被 保 険 者 生 年 月 日		
◎		男 女	昭和 平成 年 月 日		
再 交 付 申 請 対 象 者	氏 名	性 別	生 年 月 日		続 柄
		男 女	昭和・平成 令和 年 月 日		
		男 女	昭和・平成 令和 年 月 日		
		男 女	昭和・平成 令和 年 月 日		
		男 女	昭和・平成 令和 年 月 日		
備考 (個人番号を記載したい方は備考欄に記載できます)					

<p>上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので提出いたします。</p> <p>なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。</p>	<p>※ ----- / 受付日付印、</p>
<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>事業所 名 称</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p>事業主名</p> <p style="text-align: right;">◎</p> <p style="text-align: center;">電話 () 番</p>	