

|       |    |
|-------|----|
| 届書コード | 届書 |
| 2 5 1 |    |

# 健康保険被保険者証 **滅失** 再交付申請書

|      |     |    |    |    |
|------|-----|----|----|----|
| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 係員 |
|      |     |    |    |    |

◎ 記入の方法は次頁に書いてありますからよく読んでください。  
 ※ 印欄は記入しないでください。

|                |                |           |                 |              |           |    |
|----------------|----------------|-----------|-----------------|--------------|-----------|----|
| ① 健康保険被保険者証の記号 | ② 健康保険被保険者証の番号 | ⑦ 被保険者の氏名 | ③ 生年月日          | ① 性別         | ⑧ 資格取得年月日 | 送信 |
| 0 0 0          | 0 0 0 0 0 0    | (氏) (名)   | 明大昭平 1357 年 月 日 | 男 1.<br>女 2. | 年 月 日     |    |
| ④ 被保険者の住所      |                |           | ⑨ 備考            |              |           |    |
| 0 - 0 - 0      |                |           |                 |              |           |    |

|              |         |                 |                 |              |                     |                     |      |
|--------------|---------|-----------------|-----------------|--------------|---------------------|---------------------|------|
| 再交付申請の対象となる者 | 被保険者欄   | ④ 氏名            | ⑤ 生年月日          | ⑥ 性別         | ⑦ 続柄                | ⑧ 再交付の原因            | ⑨ 備考 |
|              |         | 0 0 (氏) (名)     | 上記に同じ           |              | 本人                  | 滅失3. 新規7. 損4. その他8. |      |
|              | 被扶養者欄   | ④ 氏名            | ⑤ 生年月日          | ⑥ 性別         | ⑦ 続柄                | ⑧ 再交付の原因            | ⑨ 備考 |
|              |         | (氏) (名)         | 明大昭平 1357 年 月 日 | 男 1.<br>女 2. | 妻                   | 滅失3. 新規7. 損4. その他8. |      |
|              |         | (氏) (名)         | 明大昭平 1357 年 月 日 | 男 1.<br>女 2. | 長男                  | 滅失3. 新規7. 損4. その他8. |      |
|              | (氏) (名) | 明大昭平 1357 年 月 日 | 男 1.<br>女 2.    |              | 滅失3. 新規7. 損4. その他8. |                     |      |
|              | (氏) (名) | 明大昭平 1357 年 月 日 | 男 1.<br>女 2.    |              | 滅失3. 新規7. 損4. その他8. | 送信                  |      |

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。  
 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十分指導いたします。

|        |                                      |   |
|--------|--------------------------------------|---|
| 事業所所在地 | 〒                                    |   |
| 事業所名称  | 事業所所在地。名称・代表者印・電話番号を記入し、代表印を押してください。 |   |
| 事業主氏名  |                                      |   |
| 電話     | (局)                                  | 番 |

|                     |     |
|---------------------|-----|
| 健康保険被保険者証を受領いたしました。 |     |
| 氏名                  | (印) |

平成 00年 00月 00日 提出

受付日付印

|                |     |
|----------------|-----|
| 社会保険労務士の提出代行者印 |     |
|                | (印) |