

常務理事 決 裁

日
付
印

事務局長	部 長	課 長	担当者

健康保険 被保険者証 滅失 再交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号		該当するものに○印					
	—		1. 事業所勤務 名 称		2. 特例退職 被保険者	3. 任意継続 被保険者		
	被保険者 の氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別 男・女	
	被保険者 の住所	〒		資格取得 年月日	昭和 平成 令和	年 月 日		
	再交付の対象となる方							
	氏 名		生 年 月 日		性別	続柄	再交付原因	備考
			昭和 平成 令和		年 月 日	男・女		滅失・き損・他
			昭和 平成 令和		年 月 日	男・女		滅失・き損・他
			昭和 平成 令和		年 月 日	男・女		滅失・き損・他
			昭和 平成 令和		年 月 日	男・女		滅失・き損・他
被保険者証を滅失・き損 したときの状況								
<p>うえの届書に記載したとおり、被保険者証を滅失・き損いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。 なお、滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名</p>								

事 業 主 記 入 欄	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。	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	〒 TEL () —

社会保険労務士の提出代行者記載欄

令和 年 月 日提出

〰〰〰
受付日付印