

常務理事	事務長	事務次長	課長	係長	係

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被 保 険 者 欄	健康保険被保険者証 の記号および番号										
	事 業 所					名 称					
						所 在 地					
	氏 名		(フリガナ)			⑩	性 別		生 年 月 日		
							男・女	昭和・平成	年	月	日
	住 所		〒								
(フリガナ)			都 道 府 県								
電 話 番 号											
携 帯 番 号											

・被保険者証の再交付について、次のとおり申請いたします。

再 交 付 対 象 者 欄 (「ア」「イ」該当者に○)	ア 被保険者 (本人分)					再交付の原因		
						滅失・き損・その他		
	被扶養者の氏名		被扶養者の生年月日			性別	続柄	
	(フリガナ)		昭和・平成	年	月	日	男・女	再交付の原因
								滅失・き損・その他
(フリガナ)		昭和・平成	年	月	日	男・女	再交付の原因	
							滅失・き損・その他	
(フリガナ)		昭和・平成	年	月	日	男・女	再交付の原因	
							滅失・き損・その他	
再交付の理由								

・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 主 欄	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。	
	〒	
	事 業 所 所 在 地	
	事 業 所 名 称	
	事 業 主 氏 名	
電 話 番 号		
⑩		

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	受領印
⑩	

【記入上の注意】

この申請書は被保険者証の再交付を申請する用紙です。70歳以上が該当となります高齢受給者証の再交付を申請する場合は、別途「高齢受給者証再交付申請書」を提出してください。

- ①被保険者証の記号・番号が数字、漢字ひらがなのどちらでも、左詰で記入してください。
- ②被保険者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。
- ③被保険者の方の再交付を申請する場合は、「ア」を「○」で囲み、「再交付の原因」および「再交付の理由」を記入してください。
- ④被扶養者の方の再交付を申請する場合は、「イ」を「○」で囲み、記入してください。
- ⑤「滅失」・「き損」した理由をできるだけ詳しく記入してください。
- ⑥事業所に勤務している被保険者および、その被扶養者の方の再交付を申請する場合は、事業主を経由して申請することとなりますので、事業主欄の記入が必要です。ただし、任意継続の方は記入不要です。
- ⑦事業主本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。

【提出先】

- ①事業所に勤務している被保険者および、被扶養者の方の被保険者証を再交付申請する場合は、事業所へ提出してください。
- ②任意継続被保険者および、被扶養者の方の被保険者証を再交付申請する場合、当組合宛まで提出してください。
- ③郵便または窓口での申請を受付しております。

【この申請書に添付して提出するもの】

「き損」による再交付を申請する場合は、「き損」した被保険者証を必ず添付してください。