

課長	係長	係

健康保険 被保険者証 再交付申請書

【再交付手数料】

→

再交付にあたり、手数料（1枚につき1,000円）をいただきます。
再交付した保険証とともに、手数料の振込用紙を送付します。
ただし、本申請書に添付書類（下記①または②）がある場合は、手数料はかかりません。

被 保 険 者 欄	健康保険被保険者証 の記号および番号		227	-	350							
	事業所		名称	(株)タケイディスプレイ								
	氏名	健保 太郎			性別	性 年 月 日						
					男・女	昭和・平成	48	年	4	月	5	日
	住所	〒	332	-	0035							
			埼玉	都道 府県	川口市西青木〇-〇-〇 ガーデン青木302							
電話番号	048-258-△△△△											
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 <input checked="" type="checkbox"/>	被保険者（本人分）	再交付の原因（いずれかに✓）			本請求書の添付書類 ※下記①または②がない場合は 手数料をいただきます。 ① 紛失のうち、盗難の場合 <input type="checkbox"/> 盗難届が受理されたことがわかる書類 例：盗難届受理票のコピー ※遺失届や紛失届などは①に該当しません。 ② 破損（劣化）の場合 <input type="checkbox"/> 破損（劣化）した保険証		
			<input checked="" type="checkbox"/>	紛失	<input type="checkbox"/>		破損（劣化）	
	イ <input type="checkbox"/>	被扶養者の氏名		再交付の原因（いずれかに✓）				
				<input type="checkbox"/>	紛失		<input type="checkbox"/>	破損（劣化）
				<input type="checkbox"/>	紛失		<input type="checkbox"/>	破損（劣化）
			<input type="checkbox"/>	紛失	<input type="checkbox"/>	破損（劣化）		

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。	
	〒	171 - 0022
	事業所所在地	東京都豊島区南池袋◇-◇-◇
	事業所名称	(株)タケイディスプレイ
	事業主氏名	竹井 世津子
電話番号	03-3984-××××	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄