

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書
き損 無余白

常務理事	事務長	係長	係員

令和 年 月 日 提出

事業主記入欄	事業所所在地	〒	—
	事業所名称		
	事業主氏名		
	連絡先	TEL	— —

社会保険労務士の提出代行者記入欄
TEL — —

被保険者	①記号と番号		②氏名		③性別	④生年月日		
	記号	番号	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日

原因	⑤再交付の原因(※)		
	<input type="checkbox"/> 滅失	<input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 無余白

(※)「き損」ならびに「無余白」の場合、保険証を添付して提出すれば再交付手数料はかかりません。

再交付申請者	⑥氏名		⑦性別	⑧生年月日			⑨続柄	⑩備考
	氏	名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年	月	日		

【記入の方法】

- ⑤は該当する項目を選んでください。
- ⑨は被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「長男」、「長女」などと詳しく記入すること。

【注意事項】

- 健康保険被保険者証を「滅失」したため再交付を受ける場合、「再交付申請書」とともに「健康保険被保険者証滅失届」を提出すること。

受付