

同 年 月 日	年 月 日
交 付 年 月 日	年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証(滅失・毀損)再交付申請書

被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記 号			被 保 険 者 氏 名		
	番 号					
被 保 険 者 の 現 住 所	〒 - 都道府県		TEL ()			
再交付が必要な人の氏名	性別	生年月日	続柄	再交付の理由	警察への届出(紛失・盗難の時)	
	男・女	年号※ 年 月 日		1. 紛失 2. 盗難 3. 毀損 4. 災害	有 ・ 無	
	男・女	年号※		1. 紛失 2. 盗難 3. 毀損 4. 災害	有 ・ 無	
	男・女	年号※		1. 紛失 2. 盗難 3. 毀損 4. 災害	有 ・ 無	
	男・女	年号※		1. 紛失 2. 盗難 3. 毀損 4. 災害	有 ・ 無	
	男・女	年号※		1. 紛失 2. 盗難 3. 毀損 4. 災害	有 ・ 無	
※年号は和暦の頭文字を記入【昭和→S、平成→H、令和→R】						
◆◆滅失理由が盗難の場合のみ、盗難届の内容を記入してください。◆◆						
盗難届受理の内容	警 察 署 名					
	警 察 署 電 話 番 号					
	受 理 番 号					
再交付申請の理由(全員必ず記入)	※いつ・どこで・何をしているときに・どうしたか理由を詳細に記入してください。					

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届出いたします。なお、今後は被保険者証を滅失または毀損することのないよう充分指導いたします。

所 在 地
事業所 名 称
事 業 主 名

受付日付印

(記入上の注意)

- 表題の「滅失」「毀損」は、該当する文字を○印で囲んでください。
- 年号は和暦の頭文字を記入、性別・再交付理由・警察への届出は該当する文字を○印で囲んでください。
- 再交付する保険証1枚につき、1,000円納付してください。
【盗難(盗難届受理がある場合のみ)&災害(火災・水害等)の場合は再交付料は免除します。】
- 毀損の場合は、毀損の保険証を添付してください。
【印字かすれの場合は健保で判断して再交付料を免除します。】