

健康保険各種証 滅失 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係長	係

① 健康保険被保険者等 記号 番号				② 被 保 険 者 の 氏 名 (氏) (名)				③ 生 年 月 日 昭・平・令 年 月 日			
----------------------	--	--	--	----------------------------	--	--	--	--------------------------	--	--	--

④ 被 保 険 者 の 現 在 所 〒											
TEL ()											

再交付申請の対象となる方	被保険者	⑤ 氏 名 (氏) (名)	⑥ 生 年 月 日 上 記 に 同 じ	⑦ 区分 滅失・ き 損	高齢 受給者証	限度額適用 認定証	特定疾病 療養受領証	⑧申請の事由(滅失の場合のみ)
		(氏) (名)	上 記 に 同 じ	滅失・ き 損	☐	☐	☐	
	被 扶 養 者	(氏) (名)	昭平令 年 月 日	滅失・ き 損	☐	☐	☐	
		(氏) (名)	昭平令 年 月 日	滅失・ き 損	☐	☐	☐	
		(氏) (名)	昭平令 年 月 日	滅失・ き 損	☐	☐	☐	
		(氏) (名)	昭平令 年 月 日	滅失・ き 損	☐	☐	☐	

⑨上記のとおり被保険者から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 事業主氏名 電話番号	〒 ()

年 月 日 提出

受付日付印

【注意事項】

1. 申請事由がき損である場合・・・再交付対象の証を添付してください。
2. 滅失による申請である場合・・・⑨欄にその理由を詳しく記入してください。