

記入例



1

2

3

4

5

健康保険各種証書再交付申請書										常務理事 事務長 課長 係長 係				
健康保険被保険者等										健康保険被保険者等 健康保険被保険者等 健康保険被保険者等				
記号		番号		被保険者の氏名		③ 生年月日								
1	2	3	4	5	健康	—	昭平令	4	0	7	3			
④ 被保険者の現在所														
〒 123 0000 名古屋市中区△△△1-1 □□□マンション101										TEL (052) 000 - 0000				
被保険者		⑤ 氏名		⑥ 生年月日		⑦ 区分		⑧ 申請の事由(滅失の場合のみ)						
(氏)		(名)		昭平令 4 0 年 5 月 1 日		滅失		紛失のため						
(氏)		(名)		昭平令 年 月 日		滅失		紛失のため						
(氏)		(名)		昭平令 年 月 日		滅失		紛失のため						
(氏)		(名)		昭平令 年 月 日		滅失		紛失のため						
(氏)		(名)		昭平令 年 月 日		滅失		紛失のため						
⑨ 事業所所在地 〒 460 0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35										年 月 日 提出				
事業主氏名 ○○○株式会社 代表取締役 健康 太郎										受付日付印				
電話番号 052 (211) - 2439														

【注意事項】
 1. 申請事由がき損である場合…再交付対象の証等を添付してください。
 2. 滅失による申請である場合…⑧欄にその理由を詳しく記入してください。

■提出・お問い合わせ先
〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35
名古屋薬業健康保険組合 業務課 TEL: 052-211-2439
HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>

記入例 健康保険各種証き損再交付申請書

「き損」に○をつけてください。

1 被保険者（本人）について、
ご記入ください。

2 記号・番号は、①マイナポータル、
②資格情報のお知らせ、
③資格確認書の
いずれかでご確認ください。（右詰め）
被保険者（本人）・被扶養者（家族）ともに
記号・番号は同じです。

3 再交付を希望する方をご記入ください。

- ・被保険者（本人）の場合は
「被保険者欄」へ
- ・被扶養者（家族）の場合は
「被扶養者欄」へ
ご記入ください。

4 再交付を希望する証に
しるしをつけて下さい。

5 事業主（会社）にてご記入ください。

健康保険各種証 減失 再交付申請書

① 健康保険被保険者 ② 被保険者の氏名 ③ 生年月日

1 2 3 4 5 健康 ー (名) 平令 4 0 7 3

④ 被保険者の現在所

〒 123-0000
名古屋市中区△△△1-1 □□□マンション101

TEL (052) 〇〇〇 〇〇〇〇

被保険者	⑤ 氏名	⑥ 生年月日	⑦ 区分	⑧ 申請事由(減失の場合のみ)
被保険者	健康 (名) 花子	4 0 年 5 月 1 日	平令	減失 ☒
被扶養者	(名)	昭平令	年 月 日	減失 ☐
被扶養者	(名)	昭平令	年 月 日	減失 ☐
被扶養者	(名)	昭平令	年 月 日	減失 ☐

⑨ 申請事由(減失の場合のみ)

〒 460-0002
名古屋市中区丸の内3丁目1-35

事業主氏名 〇〇〇株式会社 代表取締役 健康 太郎

電話番号 052 (211) - 2439

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…再交付対象の証等を添付してください。
2. 減失による申請である場合…⑧欄にその理由を詳しく記入してください。

名古屋薬業健康保険組合 R6.12

- き損の場合は、き損した証も申請書に添付してください。
- 事業主（会社）を通して組合までご提出ください。

■提出・お問い合わせ先
〒460-0002 名古屋市中区丸の内3丁目1-35
名古屋薬業健康保険組合 業務課 TEL: 052-211-2439
HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>