

# 記入例 健康保険被保険者等滅失再交付申請書

「滅失」に○をつけてください。

被保険者(本人)について、ご記入ください。

保険証に記載の記号・番号を  
ご記入ください。(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。

被保険者(本人)の入社日を  
ご記入ください。

※被保険者(本人)の保険証に記載があります。  
※パートの方は社会保険加入日、  
定年再雇用の方は再雇用契約日をご記入ください。

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

⑨には申請の事由をご記入ください。

再交付を希望する証に  
しるしをつけて下さい。

事業主(会社)にてご記入ください。

健康保険被保険者証等滅失再交付申請書

① 健康保険被保険者証 記号	② 被保険者の氏名	③ 生年月日	④ 資格取得年月日
1 2 3 4 5	健康	昭平令 4 0 7 3	昭平令 2 4 1

被保険者	氏名	生年月日	区分	被保険者証	高給支給者証	限度額適用 認定証	特定疾病 療養受給証	申請の事由(滅失の場合のみ)
被保険者	健康	昭平令 4 0 5 1	健康	滅失	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	紛失のため
被扶養者	花子	昭平令 年 月 日	健康	滅失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
被扶養者		昭平令 年 月 日	健康	滅失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
被扶養者		昭平令 年 月 日	健康	滅失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

事業所所在地 〒 460 0002  
 名古屋市中区丸の内3丁目1-35  
 事業主氏名 ○○○株式会社 代表取締役 健康 太郎  
 電話番号 052 ( 211 - 2439

被保険者氏名 健康

【注意事項】  
 1. 申請事由がき損である場合…被保険者証等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書き、①欄に記名してください。

名古屋薬業健康保険組合 R4.4

■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/>

# 記入例 健康保険被保険者等き損再交付申請書

「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 保険証に記載の記号・番号を  
ご記入ください。(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 被保険者(本人)の入社日を  
ご記入ください。  
※被保険者(本人)の保険証に記載があります。  
※パートの方は社会保険加入日、  
定年再雇用の方は再雇用契約日をご記入ください。

4 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。

5 再交付を希望する証に  
しるしをつけて下さい。

6 事業主(会社)にてご記入ください。

健康保険被保険者証等き損再交付申請書

①健康保険被保険者(被扶養者)の記号 ②番号 ③被保険者の氏名 ④生年月日 ⑤格取得年月日

1	2	3	4	5	健康	昭平令	4	0	7	3	昭平令	2	4	1
---	---	---	---	---	----	-----	---	---	---	---	-----	---	---	---

⑤被保険者の現在所  
〒 123-0000  
名古屋市中区△△△1-1 □□□マンション101

再交付申請の対象となる方	⑥氏名	⑦生年月日	⑧区分	被保険者証	高給支給者証	限度額適用認定証	特定疾病療養受給証	⑨申請の事由(滅失の場合のみ)
被保険者	健康 花子	昭平令 4 0 5 月 1 日	き損	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	滅失
被扶養者		昭平令 年 月 日	滅失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	滅失
		昭平令 年 月 日	滅失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	滅失
		昭平令 年 月 日	滅失	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	滅失

事業所所在地 〒 460 0002  
事業所名称 名古屋市中区丸の内3丁目1-35  
事業主氏名 ○○○株式会社 代表取締役 健康 太郎  
電話番号 052 ( 211 ) - 2439

【注意事項】  
1. 申請事由がき損である場合…被保険者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書き、⑨欄に記名してください。

名古屋業業健康保険組合 R4.4

- き損の場合は、き損した被保険者証等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  
名古屋業業健康保険組合 業務課 TEL: 052-211-2439  
HP: <https://www.meiyaku-kenpo.or.jp/>