

健康保険

被保険者証 高齢受給者証

再交付申請書

被 保 険 者 欄	記号	番号	
	住所	〒 ー	
	氏名	電話 ()	

以下のとおり、再交付申請いたします。

再 交 付 対 象 者 欄	ア	健康保険被保険者証(本人)				
	イ	健康保険被保険者証(家族用) ※下記に再交付する被扶養者について記入				
		氏名	続柄	氏名	続柄	氏名
	ウ	健康保険高齢受給者証 ※下記に再交付する者について記入				
		氏名	続柄	氏名	続柄	氏名
再 交 付 の 理 由	1 滅失			2 き損		
	滅失理由			き損被保険者証等添付欄		

令和 年 月 日提出

事 業 主 欄	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届出いたします。 なお、滅失した被保険者証等を発見した時は、直ちに返還いたします。	
	事業所所在地	〒 ー
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号	()	

受付印

社会保険労務士記載欄 氏名等

