

健康保険 被保険者証 再交付 申請書

令和 年 月 日提出

太枠内のみ記入

被保険者	記号	番号 (社員番号)	フリガナ	男・女	生年月日	資格取得年月日	職場記号	内線	
	1 3		氏名		昭和・平成 年 月 日	昭・平・令 年 月 日			
	被保険者の住所 〒								
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)					備考欄				
再交付を申請する理由	a. 紛失 (下記に詳細を記入) b. 破損 (被保険者証を添付)			再交付の種類	1. 被保険者(本人)用 2. 被扶養者(家族)用 ⇒ 「申請の対象となる被扶養者」欄記入 3. 両方 ⇒			再交付申請枚数	枚
	紛失した年月日	年 月 日	紛失した場所	フリガナ	性別	生年月日	続柄		
	↓			氏名					
	<紛失の状況をくわしく記入>			申請の対象となる被扶養者	男・女	昭・平 令	年 月 日		
	紛失・盗難 [月 日、 警察署・派出所届出、受付No]				男・女	昭・平 令	年 月 日		

注意 1. 盗難等により紛失したときは、早急に警察に届出してください。被保険者証の記号・番号を変更したり、悪用を阻止する手だては現在のところありません。
 2. 被保険者証の再交付代として、カード一枚につき 800円 (税込み) を徴収します。(在職者は給料控除)
 3. 再交付後、被保険者証が見つかった時は紛失した方の被保険者証を返却してください。ただし、再交付代はお戻しいたしません。 受付印

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します。
 なお、今後は被保険者証を紛失、破損することのないよう充分指導いたします。

令和 年 月 日

事業所所在地 _____ 事業所担当者 _____

事業所名 _____

事業主(代理人)名 _____

電 話 _____

被保険者証の返納
 があった年月日 _____ 年 月 日 入金 _____ 月 日 枚 _____ 円

常務理事	事務長	主任	事務	担当者	
				証交付	電算処理