

社保委員等の検印

届書コード	届書
2 5 1	

健康保険被保険者証^{滅失}再交付申請書

決 裁
日 付
印

所長	次長	課長	係長	係員

1 健康保険被保険者証の記号	2 健康保険被保険者証の番号	ア 被保険者の氏名 (氏) (名)	3 被保険者の生年月日 昭 5 年 月 日 平 7	イ 性別 男 1 女 2	4 再交付の原因 滅失 3 新規 7 き損 4 その他 8	送信	
ウ 資格取得年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	エ 被保険者の住所		備考				
オ 被扶養者の氏名 (氏) (名)	カ 生年月日 昭 5 年 月 日 平 7 令 9	キ 性別 男 1 女 2	ク 続柄	コ 被扶養者の氏名 (氏) (名)	ケ 生年月日 昭 5 年 月 日 平 7 令 9	ク 性別 男 1 女 2	ク 続柄
(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1 女 2		(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1 女 2	
(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1 女 2		(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1 女 2	
(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1 女 2		(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1 女 2	
(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1 女 2		(氏) (名)	昭 5 年 月 日 平 7 令 9	男 1 女 2	

「」印欄は記入しないでください。
記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。
なお、今後は健康保険被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。

〒 -

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 印

電 話 (局) 番

令和 年 月 日 提出

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者印 印

健康保険被保険者証を受領いたしました

氏名 印

〔記入の方法〕

1. ㊦欄は、被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。
2. 標題の「滅失」「き損」「無余白」の文字は、該当する文字を○印で囲んでください。
3. ㊸ 及び ㊧ 欄の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、たとえば昭和 52 年 2 月 7 日生れの場合、

		年		月		日
昭5	5	2	0	2	0	7
平7						

のように記入してください。

4. ㊩欄は、該当する性別を○印で囲んでください。
5. ㊪欄は、該当する再交付の原因を○印で囲んでください。
6. ㊫欄は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「長女」、「祖父」、「祖母」などとくわしく記入してください。
7. 無余白再交付の場合は、事業主届出欄上部の「なお、今後は健康保険被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。」の文字を抹消してください。

〔この申請書に添付して提出する書類〕

1. 健康保険被保険者証を滅失したための再交付申請であるときは、「被保険者証滅失届」および「滅失事由を明らかにする証明書」(盗難、遺失、焼失、紛失証明書など)。
2. き損または無余白となったための再交付申請であるときは、「き損または無余白となった健康保険被保険者証」。