

健保組合使用欄			
常務理事	事務長		

健康保険 被保険者証 滅失 再交付申請書

被保険者情報			
健康保険証記号	番 号	被保険者氏名	生年月日
			昭和 平成 令和 年 月 日
住 所			備 考
被保険者の個人番号(マイナンバー) ※健康保険証記号番号を記入した場合は記入不要です			
			マイナンバーを記入した場合は必ず本人確認書類を添付してください

再交付申請の対象となる方			
チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	再交付の理由
<input type="checkbox"/>	被保険者(本人分)		<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )
被扶養者の 保険証が 必要な場合は 右欄に記入 してください		昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )
		昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )
		昭和 平成 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他( )

※この届出には必ず顛末書を添付してください。

年 月 日提出

事業主所在地 事業所名称 事業主氏名 電 話	
---------------------------------	--

受付日付印
-------