

社保委員等の検印

届書コード  
2 5 1  
届書

# 健康保険被保険者証 再交付申請書

減失  
き損  
無余  
白

※ 決裁日付印	同年月日	令和 年 月 日	施行年月日	令和 年 月 日	
	常務理事	事務長	課(係)長	扱者	被扶養者 台帳照合印

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	⑦被保険者の氏名 (氏) 共同 (名) 太郎	③被保険者の生年月日 昭. 5 年 月 日 平. 7 〇 〇 〇 令. 9 〇 〇 〇	⑧性別 男 1 女 2	④再交付の原因 減失 3 き損 4 無余 5 白 5 新規 7 その他 8	送信			
⑨資格取得年月日 昭和平成 〇 〇 〇 年 月 日 令和 〇 〇 〇		⑩被保険者の住所 〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇〇 - 〇〇		備考					
⑪被扶養者の氏名 (氏) 共同 (名) 健太		⑫生年月日 昭. 5 年 月 日 平. 7 〇 〇 〇 令. 9 〇 〇 〇	⑬性別 男 1 女 2	⑭続柄 長男	⑮被扶養者の氏名 (氏) (名)		⑯生年月日 昭. 5 年 月 日 平. 7 〇 〇 〇 令. 9 〇 〇 〇	⑰性別 男 1 女 2	⑱続柄
		昭. 5 年 月 日 平. 7 〇 〇 〇 令. 9 〇 〇 〇	男 1 女 2				昭. 5 年 月 日 平. 7 〇 〇 〇 令. 9 〇 〇 〇	男 1 女 2	
		昭. 5 年 月 日 平. 7 〇 〇 〇 令. 9 〇 〇 〇	男 1 女 2				昭. 5 年 月 日 平. 7 〇 〇 〇 令. 9 〇 〇 〇	男 1 女 2	
		昭. 5 年 月 日 平. 7 〇 〇 〇 令. 9 〇 〇 〇	男 1 女 2				昭. 5 年 月 日 平. 7 〇 〇 〇 令. 9 〇 〇 〇	男 1 女 2	

①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱は、被保険者証の再発行が必要な被扶養者のみご記入ください。

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減失又はき損することのないよう十分指導いたします。

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇  
〇〇県 〇〇市 〇〇町 〇〇 - 〇〇  
株式会社〇〇〇〇  
代表取締役 〇〇〇〇  
電話 〇〇〇〇 ( 〇〇 ) 〇〇〇〇

社会保険労務士の提出代行者印

令和 〇 年 〇 月 〇 日 提出

受付日付印

- ・赤字：申請者記入
- ・緑字：事業主記入

・A4サイズ横向きで出力してください  
・消えないインクの黒ボールペンでご記入ください