

A 4横で出力してください。

※ 水 日 取 印	同年月日	平成 年 月 日	施行年月日	平成 年 月 日
	常務理事	事務長	課(係)長	扱 者
被扶養者 告帳照合印				

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 減失再交付申請書

減失 無余白

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 明大昭平 1357 年 月 日	④ 性別 男 1 女 2	④ 再交付の原因 減失無余白 3 失損 4 新規その他 7 8	送信
----------------	----------------	--	--------------------------------	--------------------	---	----

⑦ 資格取得年月日 昭和 年 月 日	⑧ 被保険者の住所 県市町 123	備考
-----------------------	-----------------------------	----

④ 被扶養者の氏名 (氏)	⑤ 生年月日	⑥ 性別	⑦ 続柄	④ 被扶養者の氏名 (名)	⑤ 生年月日	⑥ 性別	⑦ 続柄
共同	明大昭平 1357 年 月 日	男 1 女 2	妻	花子	明大昭平 1357 年 月 日	男 1 女 2	
(氏)	明大昭平 1357 年 月 日	男 1 女 2		(名)	明大昭平 1357 年 月 日	男 1 女 2	
(氏)	明大昭平 1357 年 月 日	男 1 女 2		(名)	明大昭平 1357 年 月 日	男 1 女 2	
(氏)	明大昭平 1357 年 月 日	男 1 女 2		(名)	明大昭平 1357 年 月 日	男 1 女 2	

◎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。
※印欄は記入しないでください。

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減失又はき損することのないよう十分指導いたします。

平成 年 月 日 提出

事業所所在地 **県市町**

事業所名称 **株式会社**

事業主氏名 (局) 番

電話

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者印