

健康保険 被保険者証(カード型)再交付申請書

被保険者の
メー ル N o

- ご注意 1. 保険証を盗難等により紛失したときは、早急に警察に届出して下さい。
 保険証の記号・番号を変更したり、紛失した保険証の悪用を阻止する手だては現在のところありません。
 2. 被保険者証再交付代としてカード一枚につき 1,000 円（税込み）を徴収します。

平成 年 月 日 提出

被 保 険 者 の 記 入 欄	健康保険被保険者証の 記 号 と 番 号		記 号	番 号	フリガナ 氏 名	印（自署の場合は捺印省略可）		性 別	男・女
	被 保 険 者 の 現 住 所	〒 —			生年月日	平成・昭和 年 月 日			
	事業所の名称			所 属	TEL ()	資格取得日	昭和・平成 年 月 日		
	再 交 付 を 申 請 す る 理 由	イ. 紛失（下記に紛失の状況を詳しく書いてください。）				フリガナ	生 年 月 日	続柄	性 別
		紛失・盗難 届け先： 警察署 届 日： 月 日、 警察受付 No. _____ ロ. 破損（被保険者証[×印つける]を添付してください。）					昭・平 年 月 日		男・女
						昭・平 年 月 日		男・女	
						昭・平 年 月 日		男・女	
再交付必要の右の番号を囲んで ください。		1. 被保険者用（本人） 2. 被扶養者用（家族） 3. 両方			申請の 対象と なる 被扶 養者	昭・平 年 月 日		男・女	

事 業 主 の 証 明	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いたします。	
	平成 年 月 日	
	所在地 事業主 名称 氏 名	印

組 合 処 理	請 求	入 金	入力日	証No	受付年月日

マネージャー	主任	担当

提出先： 被保険者 → 事業主 → 健保組合（任継者は被保険者 → 健保組合）
 注 事業主 = 勤務先の健保担当部門（人事・勤労・総務等）