

# 健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者(申請者)記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者証 再交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。

届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	9 9 9 9 9 9	番号	3 3	生年月日	年 月 日
	被保険者証の (左づめ)				<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5 9 0 8 2 1
	氏名・印	(フリガナ) じんじ はなこ	人事 花子		自署の場合は押印を省略できます。	
住所	(〒 1 4 4 - 0 0 0 0)	神奈川県 横浜市西区みなとみらい1-1-1				
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0 4 5 ( 0 0 0 0 ) 0 0 0 0					

再交付が必要な方	氏名	生年月日	性別	再交付の理由
	人事 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 5 9 年 8 月 2 1 日	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
	人事 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 5 7 年 4 月 2 9 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
備考	アトラクションパークにて、置き引きにより紛失。			

上記のとおり被保険者証の再交付について、申請します。

平成 2 7 年 9 月 1 日

事業主欄	事業所所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。 (〒 2 3 4 - 0 0 2 3)		*任意継続被保険者の方は 事業主欄の記入は不要です。 *事業主の自署の場合は 押印を省略できます。
	事業所名称	株式会社 ジェネラルビルドアップ		
	事業主氏名	雇用主 太郎		
	電話	0 4 5 ( 6 4 1 ) 6 5 0 0		

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--

受付日付印

様式番号

協会使用欄

2 1 1 1 1 6