

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	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ)	印			
住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

再交付が必要な方	氏名	生年月日	性別	再交付の理由	
		<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
		<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					

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 年 月 日

事業主欄	事業所所在地	(〒 -)	印	・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			
	事業主氏名			
	電話	()		

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

受付日付印

様式番号

協会使用欄

2 1 1 1 1 6