

	常務理事	事務長	業務課長	係
伺				

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被 保 険 者 欄	被保険者証の	記号 543	番号 3	被保険者の 生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日	
	被保険者の 氏名	(フリガナ) マルマル マルマル 〇〇 〇〇			性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	被保険者の住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 埼玉県〇〇市〇〇町1-2-3				
	この申請については、右の①、②、③のどちらにあてはまる申請ですか。 該当する方の数字に○をしてください。		① この申請書全てを被保険者が作成して、事業主を介して申請するものです。 <input checked="" type="radio"/> ② この申請書の一部または全てを被保険者以外の者が作成していますが、記載内容については、被保険者が確認して、事業主を介して申請するものです。 ③ 任意継続被保険者であるため、この申請書全てを被保険者が作成して申請するものです。			

下記の者について再交付申請します。【「ア」「イ」の該当する方に○】

ア. 被保険者(本人)分	再交付の原因※	
	滅失 き損 その他	
イ. 被扶養者(家族)分【下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。】		
被扶養者氏名	生年月日	再交付の原因※
〇〇 ××	<input checked="" type="radio"/> 昭和 平成 <input type="radio"/> 年 <input type="radio"/> 月 <input type="radio"/> 日	<input checked="" type="radio"/> 滅失 き損 その他
	昭和 平成 令和	年 月 日
	昭和 平成 令和	年 月 日
	昭和 平成 令和	年 月 日
再交付原因が「その他」の場合はその理由。		

※ 再交付の原因については、紛失などにより手元に保険証がない状態であれば「滅失」、手元に保険証はあるが印字が薄くて読み取れない場合などは「き損」です。なお、「き損」の場合は古い保険証を添付の上ご提出ください。

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 欄	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、届出します。	
	事業所所在地	埼玉県さいたま市〇〇区〇〇町4-5-6
	事業所名称	株式会社〇〇建設
	事業主氏名	代表取締役〇〇 〇〇
	電話番号	048 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

受付印