

届書コード
242

常務理事	事務局長	部長	課長	扱者	

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

提出日 令和 年 月 日

被保険者欄	被保険者証	記号	番号	生年月日
	氏名	昭和 平成 年 月 日		
	住所	〒		

チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	性別	再交付の理由
<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)分			<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
被扶養者の被保険者証 (氏名を記入)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損
被保険者証を滅失したときの状況(詳しくご記入ください)				

- 滅失の場合は「被保険者証を滅失したときの状況」欄を必ず記入してください。
- き損の場合は被保険者証を添付してください。

事業主欄	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、今後は被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。			
	〒 令和 年 月 日			
	事業所所在地			
	事業所名称			
	事業主氏名			
電話番号	()			

受付日付印

社会保険労務士記載欄	
氏名等	