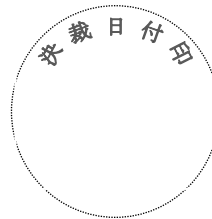


健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書



伺年月日	令和 年 月 日	施行年月日	令和 年 月 日	
				被扶養者 台帳照合印

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名						
		(氏)	(名)					
被 保 険 者 の 住 所								
〒								
再交付希望の被保険者証 (該当番号に○)	1. 被保険者 (本人)							
	2. 被扶養者 (家族)							
	氏 名	生 年 月 日			性別	続 柄		
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男1 女2	
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男1 女2	
	(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男1 女2	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9	年	月	日	男1 女2		

再交付申請の原因
(該当番号に○)

1. 滅失・き損のため
滅失・き損に至った状況

2. 盗難のため
・盗難にあった状況

・被害届に関する事項
提出先の警察署
受付日付および番号

警察署
年 月 日
受付第 号

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、今後は健康保険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 提出



事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		
電 話	(局) 番