

被保険者証の再交付が必要な場合の申請書となります。

被保険者証 滅失 再交付申請書 毀損

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者

※毀損の場合は、毀損した健康保険証を添付してください。

申請年月日 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

被保険者証の番号は、変更できませんのでご了承願います。

所属事業所	○○○○○株式会社
被保険者住所	〒235-1111横浜市○○区○○○1-2-3
被保険者氏名	横浜 太郎 印

被 保 険 者			
記号	番号	生年月日	性別
101	1001	3.大 5.昭 7.平	1.男 2.女
		年 月 日	
		○ ○ ○ ○ ○ ○	

再交付対象者 (本人は区分欄のみ記入)				紛失理由 (詳細に記入のこと)
氏名	生年月日	性別	区分	
横浜 一郎	3.大 5.昭 7.平	1.男 2.女	1.本人 2.被扶養者 続柄(子)	外出中に保険証が入っている財布をどこかに落としてしまい紛失しました。 警察署へは、遺失物届出をしました。
	年 月 日			
	○ ○ ○ ○ ○ ○			

事業所担当者	記入上の注意	<ol style="list-style-type: none"> 太枠の中を記入して下さい (再交付対象者ごとに記入) 氏名は楷書でわかりやすく書いて下さい 性別・元号・区分 → 該当数字を○で囲む 被扶養者の続柄は住民票通りに記入してください。(妻・子・母等) 生年月日の数字が1桁の時は前に0を記入して下さい (例) 31年7月7日 → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td><td>1</td><td>0</td><td>7</td><td>0</td><td>7</td></tr></table> ペン又はボールペンで記入して下さい (鉛筆書きは不可です) 印は朱肉印をお願いします 	3	1	0	7	0	7
3	1	0	7	0	7			