

# 記入例

|  |  |                                       |            |                 |           |                 |         |    |              |  |              |                 |                 |  |
|--|--|---------------------------------------|------------|-----------------|-----------|-----------------|---------|----|--------------|--|--------------|-----------------|-----------------|--|
| 届書コード<br>2 4 2 0                                   |  | 健康保険 被保険者証 再交付申請書                     |            |                 |           |                 |         |    |              |  |              |                 |                 |  |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>欄                              | 1  | 被保険者証の<br>記号および番号                     |            | 0 3 0 1 0 2 0 3 |           |                 | - 1 2 3 |    |              |  |              |                 |                 |  |
|  | 2  | 被保険者の生年月日                             |            | 昭和・平成           | 5         | 0               | 0       | 3  | 0            | 5  |              |                 |                 |  |
|  | 3  | 被保険者の氏名                               |            | ケンポ             |           |                 | タロウ     |    |              | ② ㊟  |              |                 |                 |  |
|  | 4  | 性別                                    |            | 男・女             |           |                 |         |    |              |  |              |                 |                 |  |
|  | 5  | 被保険者の住所                               |            | 郵便番号            |           | 1 0 5 - 0 0 0 0 |         | 電話 |              | 03 (△△△△) △△△△<br>東京 港区 ○○ 1-1 △△マンション 101 |              |                 |                 |  |
| 被保険者証の再交付について、次のとおり申請いたします。                        |  |                                       |            |                 |           |                 |         |    |              |  |              |                 |                 |  |
| 再<br>交<br>付<br>対<br>象<br>者<br>欄<br>(該当記号「ア」「イ」に○印) | 3  | ア 被保険者(本人)分                           |            |                 |           |                 |         |    | 9            | 再交付の原因                                     |              | 被保険者番号<br>※記入不要 |                 |  |
|  |  |                                       |            |                 |           |                 |         |    |              | 滅失・き損・その他                                  |              | 0 0             |                 |  |
|  | 被扶養者(家族)分<br>※ 下記に被保険者証を再交付する被扶養者について記入してください。 |                                       |            |                 |           |                 |         |    |              |  |              |                 |                 |  |
|  | 4  | 6                                     | 被扶養者の氏名    |                 | 7         | 被扶養者の生年月日       |         | 8  | 性別           | 9  | 再交付の原因       |                 | 被扶養者番号<br>※記入不要 |  |
|  |  |                                       | 健保         | 花子              | 昭和<br>平成  | 5               | 1       | 1  | 0            | 2  | 2            | 男<br>女          | 滅失・き損・その他       |  |
|  | 6  | 被扶養者の氏名                               |            | 7               | 被扶養者の生年月日 |                 | 8       | 性別 | 9            | 再交付の原因                                     |              | 被扶養者番号<br>※記入不要 |                 |  |
|  |  |                                       |            | 昭和<br>平成        |           |                 | 男<br>女  |    |              | 滅失・き損・その他                                  |              |                 |                 |  |
|  | 6  | 被扶養者の氏名                               |            | 7               | 被扶養者の生年月日 |                 | 8       | 性別 | 9            | 再交付の原因                                     |              | 被扶養者番号<br>※記入不要 |                 |  |
|  |  |                                       |            | 昭和<br>平成        |           |                 | 男<br>女  |    |              | 滅失・き損・その他                                  |              |                 |                 |  |
|  | 5  | 10 再交付の理由                             |            |                 |           |                 |         |    |              |  |              |                 |                 |  |
|  |  | 外食した際、保険証の入った財布を置き忘れ、<br>行方が分からなくなった。 |            |                 |           |                 |         |    |              |  |              |                 |                 |  |
| 任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。                           |  |                                       |            |                 |           |                 |         |    |              |  |              |                 |                 |  |
| 事<br>業<br>主<br>欄                                   | 6 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いたします。           |                                       |            |                 |           |                 |         |    |              |  |              |                 |                 |  |
|  | 〒102-0000                                      |                                       | 千代田区△△ 1-1 |                 | (株)協会商事   |                 | 協会 五郎   |    | 03(XXXX)XXXX |  | 7 事業主<br>印 ㊟ |                 |                 |  |
| 11 社会保険労務士の提出代行者名記載欄                               |  |                                       |            |                 |           |                 |         |    |              |  |              |                 |                 |  |
|  |  |                                       |            |                 |           |                 |         |    |              |  |              |                 |                 |  |

この申請書は被保険者証の再交付を申請する用紙です。高齢受給者証の再交付を申請する場合は、別途「高齢受給者証再交付申請書」を提出してください。

① 被保険者証の記号・番号を左づめで記入してください。

② 被保険者本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

③ 被保険者の方の再交付を申請する場合は、「ア」を「○」で囲み、「9」欄の「再交付の原因」および「10」欄の「再交付の理由」を記入してください。

④ 被扶養者の方の再交付を申請する場合は、「イ」を「○」で囲み、「6」～「10」欄を記入してください。

⑤ 「滅失」した理由や「き損」した理由などをできるだけ詳しく記入してください。

⑥ 事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の方の再交付を申請する場合は、事業主を経由して申請することとなりますので、事業主欄の記入が必要です。

⑦ 事業主本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。

## 【提出先】

- ① 事業所に勤務している被保険者およびその被扶養者の方の被保険者証の再交付を申請する場合は、事業所を管轄する全国健康保険協会都道府県支部へ提出してください。
- ② 任意継続被保険者およびその被扶養者の方の被保険者証の再交付を申請する場合は、ご自宅の住所地を管轄する全国健康保険協会都道府県支部へ提出してください。
- ③ 郵送による提出もできます。

## 【この申請書に添付して提出するもの】

「き損」による再交付を申請する場合は、「き損」した被保険者証を必ず添付してください。