健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者記入用 証再

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者証 再交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。　記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報

	記号	番号	生年月日
被保険者証の（左づめ）			□ 昭和 □ 平成　年　月　日
氏名・印	（フリガナ）	印	自署の場合は押印を省略できます。
住所	（〒　－　）		都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）		

再交付が必要な方

氏名	生年月日	性別	再交付の理由
	□ 昭和 □ 平成　年　月　日	□ 男 □ 女	□ 滅失 □ き損 □ その他
	□ 昭和 □ 平成　年　月　日	□ 男 □ 女	□ 滅失 □ き損 □ その他
	□ 昭和 □ 平成　年　月　日	□ 男 □ 女	□ 滅失 □ き損 □ その他
	□ 昭和 □ 平成　年　月　日	□ 男 □ 女	□ 滅失 □ き損 □ その他
備考			

上記のとおり被保険者証の再交付について、申請します。　平成　年　月　日

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いたします。

事業所所在地　（〒　－　）

事業所名称

事業主氏名　印

電話　（　）

・任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。
・事業主の自署の場合は押印を省略できます。

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）▶

社会保険労務士の提出代行者名記載欄　印

様式番号　2 1 1 1 1 6

協会使用欄　1

(28. 10)

受付日付印

全国健康保険協会 協会けんぽ