

健康保険被保険者証 再交付申請書 不備の多い点をまとめました

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者記入用 **証再**

申請書のダウンロードは[こちら](#)

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、黒のボールペン等を使用し、楷書で特内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報欄	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)			<input type="checkbox"/> 昭和		
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 平成		
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	以下の場合に押印を省略できます。 ・自署の場合 ・確認欄の要件に該当し印を入れた場合(任意継続被保険者の方は除く)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					

●よくあるご質問
 Q:保険証をなくした場合、悪用されないよう使用を止めることはできますか?
 A:保険証の使用を止めることはできません。万が一に備え、警察所へ紛失届をご提出ください。

再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分	再交付の原因 <input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分	※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。		
被扶養者氏名	生年月日	性別	再交付の原因
	<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"/> その他
	<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"/> その他
	<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"/> その他
備考			

被保険者情報欄の不備
 被保険者情報欄はお勤めの方のお名前・生年月日等を記入いただく欄になります。

事業主欄	事業所所在地	(〒 -)	・事業主の自署の場合は押印を省略できます。
	事業所名称		・任意継続被保険者(※1)の方は事業主欄の記入は不要です。
	事業主氏名		※1 退職後、引き続き任意継続健康保険に加入されている者
	電話番号	()	

事業主欄
 記入漏れがある場合、返戻となります(押印は不要です)。

この申請については①又は②の要件を満たしたものである。
 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがない申請者本人が確認している。

被保険者のマイナンバー記載欄
 被保険者証の記号番号が不明の場合に記入ください。
 記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の要件が必要となります。
 (詳細は「記入の手引き」をご覧ください)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号 協会使用欄

2 1 1 1 1 6 1 受付日付印

マイナンバー欄の記入
 マイナンバーを記入いただいた場合は添付書類が必要となります。詳しくは[こちら](#)をご覧ください。