

(新様式) 記入のポイント 被保険者証再交付

健康保険 被保険者証 再交付申請書



不明の場合は記入不要

※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者証 番号(左づめ) 番号(右づめ) 生年月日

1.昭和 2.平成 3.令和

氏名(カタカナ) 氏名

郵便番号(ハイフン除く) 住所 都 道 府 県

必ず「被保険者」の氏名・生年月日

再交付を希望する被扶養者氏名等を書くとき×

対象者 1. 被保険者(本人)分のみ……………②欄の「再交付の原因」をご記入ください。
2. 被扶養者(家族)分のみ……………③欄に再交付対象のご家族の情報および「再交付の理由」をご記入ください。
3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分……………②および③欄それぞれにご記入ください。

被保険者	生年月日	再交付の原因
氏名(カタカナ) 同上	同上	<input type="checkbox"/> 1. 届出(死亡、遷居) / 2. 手続(届出、住所変更) / 3. その他 ()
(1) 氏名(カタカナ) 届出の欄は1マス空けてご記入ください(「死亡」、「遷居」は1字としてご記入ください) 生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	再交付の原因
(2) 氏名(カタカナ) 届出の欄は1マス空けてご記入ください(「死亡」、「遷居」は1字としてご記入ください) 生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	再交付の原因
(3) 氏名(カタカナ) 届出の欄は1マス空けてご記入ください(「死亡」、「遷居」は1字としてご記入ください) 生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	再交付の原因

いずれかを必ず記入

「き損」のときは、その保険証を必ず添付

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提出します。

事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話番号

この欄は事業主から記入を受けてください。
*任意継続被保険者は不要

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認(被保険者) 1. 記入有(届付あり) 2. 記入有(届付なし) 3. 記入無(届付あり)

助付書類 1. 事業被保険者証の届付あり

その他 (届出) 1. その他 2. 届付無

枚数

原則、記入不要

記入すると確認書類が必要