

常務理事	事務長	業務課長	担当者

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被 保 険 者 欄	1	被保険者証の 被記号・番号	記号	番号	職員番号			
	2	被保険者の 生年月日	昭和・平成	年	月	日		
	3	被保険者の氏名	(フリガナ)		(氏名)			
	4	性別	男・女					
	5	被保険者の住所	〒	-	都道 府県		電話 ()	
	6	勤務(配属)先 事業所	名称					
		所在地						

再 交 付 対 象 者 欄 (該 当 記 号 ア ・ イ に ○)	ア	被保険者(本人)分			10	再交付の原因		
							滅失・毀損・その他	
	イ	被扶養者(家族)分 ※ 下記に被保険者証を再交付する被扶養者について記入すること。						
	7	被扶養者の氏名	8	被扶養者の生年月日	9	性別	10	再交付の原因
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	滅失・毀損・その他
	(氏)	(名)	昭和 平成 令和	年	月	日	男・女	滅失・毀損・その他
11	再交付の理由 〔滅失の場合は、 そのときの状況〕							

被保険者証の再交付について、上記のとおり申請いたします。
 今後は取扱いに十分注意いたします。
 なお、滅失した被保険者証を発見したときは、直ちに返納いたします。

令和 年 月 日 被保険者の氏名

(印)

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 電話	〒 168-8505 東京都杉並区高井戸西3-5-24 日本年金機構 労務管理部長 03(5344)1100

【注意事項】

- 任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。
- 外出時に紛失されたり盗難にあった場合は、第三者に悪用される恐れがありますので警察に届け出てください。
- 毀損による再交付の場合は、毀損した健康保険証を併せて提出してください。

受付日付印