常務理事	事 務 長	課　長	課長代理	係　長	担当者

健康保険　被保険者証　再交付申請書

（注意）
◎再交付申請する健康保険被保険者証が被保険者分一枚であっても、被保険者の氏名等の記入が必要です。
◎き損による申請の場合は、再交付対象者の健康保険被保険者証を添付のうえ提出してください。

①被保険者証の記号･番号	記号　　番号	②被保険者の生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
③被保険者の氏名			
④被保険者の住所			
⑤再交付の理由	1. 滅　失　　2. き　損　　3. その他（　　）		

⑥再交付対象者の氏名（被保険者の場合も記入）	氏　名		生年月日	性別	区分	続柄
	（氏）	（名）	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	1. 男 2. 女	1. 被保険者 2. 被扶養者	
	（氏）	（名）	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	1. 男 2. 女	2. 被扶養者	
	（氏）	（名）	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	1. 男 2. 女	2. 被扶養者	
	（氏）	（名）	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	1. 男 2. 女	2. 被扶養者	
	（氏）	（名）	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	1. 男 2. 女	2. 被扶養者	
	（氏）	（名）	昭和 平成　　年　　月　　日 令和	1. 男 2. 女	2. 被扶養者	

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので、提出します。なお、今後は健康保険被保険者証を滅失又はき損することのないよう、十分指導いたします。

令和　　年　　月　　日

事業所所在地	〒　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	（　　）

受付年月日

社会保険労務士の提出代行者	

全国信用保証協会健康保険組合