

健康保険被保険者証 再交付申請書

常務理事	事務長	適用M	担当	担当

○この届書は、健康保険被保険者証を滅失またはき損等したため被保険者証の再交付を受ける場合に提出するものです

被保険者欄	記号	番号	被保険者氏名	令和	年	月	日	提出
	222			性別	生年月日			
				1 男 2 女	5 昭和 7 平成	年	月	日

再交付対象者欄	対象者氏名		性別	続柄	再交付原因	証回収※健保使用欄	再交付回数※健保使用欄
	1		1 男 2 女		<input type="checkbox"/> 滅失(紛失・盗難) <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上
	2		1 男 2 女		<input type="checkbox"/> 滅失(紛失・盗難) <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上
	3		1 男 2 女		<input type="checkbox"/> 滅失(紛失・盗難) <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上
	4		1 男 2 女		<input type="checkbox"/> 滅失(紛失・盗難) <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未回収	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回以上
	申請事由	(被保険者証を滅失したときの状況を詳しく記入してください)				届出警察署	受理番号
						警察署	NO.

【注意事項】

- 紛失した被保険者証が見つかった場合は、交付日が古い被保険者証をすみやかに返納してください。
- き損による再交付申請の場合は、き損した被保険者証を添付してください。
- 再交付には本人確認が必要となりますので、本人確認書類下記①～③のいずれかを添付してください。

／ 受付日付印 ＼

本人確認書類	
①	運転免許証コピー
②	パスポートコピー
③	住民票謄本(コピー可)