伺年月日	年　月　日	施行年月日	年　月　日		
常務理事	理　事	事務長	課　長	係　長	係　員

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

【注意事項】

イ、標題の「滅失」、「き損」の文字および③と④は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
ロ、(オ)再交付の原因は、該当する文字を丸でかこんでください。
ハ、健康保険被保険者証を滅失したための再交付申請であるときは、「滅失届」を、き損となったための再交付申請であるときは、「き損となった被保険者証」をこの申請書に添付してください。
ニ、「※」印欄は記入しないでください。

① 被保険者の氏名	日本　太郎	② 日本 印	③ 性別	男・女	④ 生年月日	大正 昭和 平成　３８年　７月　５日生
⑤ 被保険者の住所	〒０００－００００ ○○県○○市△△町５－３ 電話（０００）０００―００００					
⑥ 再交付を受ける健康保険被保険者証の	記号	００００				
	番号	００００				
⑦ 被保険者資格取得年月日	平成１５年　３月　１日					

⑧ 再交付の対象となる者

(ア) 氏名	(イ) 生年月日		(ウ) 性別	(エ) 続柄	(オ) 再交付の原因	
日本　愛子	明 1 大 3 昭 5 平 7	４１年５月１日生	男 1. 女 2.	妻	滅失 き損	※新規 その他
	明 1 大 3 昭 5 平 7	年　月　日生	男 1. 女 2.		滅失 き損	※新規 その他
	明 1 大 3 昭 5 平 7	年　月　日生	男 1. 女 2.		滅失 き損	※新規 その他
	明 1 大 3 昭 5 平 7	年　月　日生	男 1. 女 2.		滅失 き損	※新規 その他
	明 1 大 3 昭 5 平 7	年　月　日生	男 1. 女 2.		滅失 き損	※新規 その他

⑨ 再交付を申請する理由（詳細に記述して下さい。）

自宅に保管してあったはずですが、保管場所がわからなくなってしまいました。何度探しても見つかりませんので、再交付を申請いたします。

事業主の証明

⑩ 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届出いたします。
なお、今後は被保険者証を滅失又は、き損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地　〒０００　－００００

事業所名称　○○○○株式会社

事業主氏名　○○　○○　印

電話　０００（０００局）００００番

平成○○年○○月○○日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	
	印

神奈川県電子電気機器健康保険組合