

常務理事	事務長	担当

健康保険 被保険者証 再交付申請書 【差替】
高齢受給者証

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の記号番号	記号 ○○ 番号 ○○○	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	資格取得年月日	平成 令和	年	月	日	
	被保険者氏名と印	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎 印		被保険者住所	〒 160-0023 東京都新宿区西新宿○○-○								
	所属事業所及び部署名	株式会社 健康保険 組合部						電話	03-1234-5678				
	提出理由 (該当するものに○を)	1. 滅失 (紛失・盗難・不明) 2. き損 ③ その他 (本人確認用書類として使用の為)											
	再交付を (該当するほうに○を)	1. 希望する 2. 希望しない											
	該当者 (該当するほうに○を)	① 被保険者分 2. 被扶養者分											
	① 該当者が被扶養者の場合記入	フリガナ	続	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	フリガナ	昭和 平成 令和	年	月	日
	②	フリガナ	続	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	フリガナ	昭和 平成 令和	年	月	日
	③	フリガナ	続	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	フリガナ	昭和 平成 令和	年	月	日
	滅失き損したときはその状況	※出来るだけ具体的にご記入ください											

※該当者が、被扶養者の場合は、必ず記入してください

※現在お手持ちの「被保険者証」との差替えになりますので、現在の「被保険者証」を必ず添付してください。

健康保険被保険者証・高齢受給者証滅失届 (滅失の場合のみ記入)	
被保険者証等を滅失いたしました。今後は十分取扱いに注意いたします。 なお、被保険者証等を発見したときは、再交付した被保険者証等を直ちに返納いたします。	
令和 年 月 日	被保険者氏名 印

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明いたします。なお、今後は被保険者証等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	
	住所	
	事業主 名称	
	氏名	印
	電話	

令和 年 月 日提出
受付日付印