

**被保険者証
健康保険 高齢者受給者証 再交付申請書
限度額適用認定証**

事業所	健保		
担当	担当	事務長	常務理事

被 保 険 者 欄	提出年月日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は✓)			
	保険証の 記号 - 番号	-		被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	被保険者の 所属・氏名	所属	(フリガナ)	(名)	性別	男 ・ 女
			(氏)			
被保険者の住所	郵便番号	-	電話	()		

再交付について、次のとおり申請します。

該 当 記 号 再 交 付 対 象 者 欄 (「ア」または「イ」に○印)	ア	被保険者(本人)分	再交付の原因			
			滅失・き損・その他			
	イ	被扶養者(家族)分	※下記に再交付する被扶養者について記入してください。			
		被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	再交付の原因	
		(フリガナ) (氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女	滅失・き損・その他	
	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	再交付の原因		
	(フリガナ) (氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女	滅失・き損・その他		
	被扶養者の氏名	被扶養者の生年月日	性別	再交付の原因		
	(フリガナ) (氏) (名)	昭和 平成 令和 年 月 日	男 ・ 女	滅失・き損・その他		
	再交付の理由	※いっどこで「滅失」及び「き損」したかを詳しく記入してください。				
被 保 険 者 欄	記入欄	今後は「滅失」または「き損」することのないよう十分注意します。 また、滅失した保険証が出てきた場合はすみやかに返却します。 令和 年 月 日 氏名 _____				
事 業 主 欄	記入欄	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。 令和 年 月 日 事業所 所在地 名称 事業主				

※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、上部余白へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)