

健康保険 被保険者証 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 00 年 00 月 00 日	<input checked="" 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	6701 - 00000	被保険者の 生年月日	昭和 平成 令和	00 年 00 月 00 日		
	被保険者の 所属・氏名	所属	(フリガナ) ヤスカワ	タロウ		性別	男 ・ 女
		八総	(氏) 安川	(名) 太郎			
被保険者の住所	郵便番号	806 - 1234	電話	093 (603) 1234	北九州市八幡西区△△町××番××号		

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 ー ま た は イ ー に ○ 印	ア	被保険者(本人)分	再交付の原因				
			滅失・き損・その他				
			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) ヤスカワ (氏) 安川	(名) ハナコ 花子	昭和 平成 令和 △△ ×× ×× 年 月 日	男 ・ 女 滅失・き損・その他	
	イ	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)	(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)	(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。 外食した際、保険証の入った財布を置き忘れ行方が分からなくなった。				
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 00 年 00 月 00 日 氏名 安川 太郎					
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。 所在地 北九州市八幡西区△△町××番××号 令和 00 年 00 月 00 日 事業所 名称 株式会社 安川△△△△ 事業主 取締役社長 安川 ○○					

※ 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。)