健康保険 被保険者証 再交付申請書

被保険者記入用 証再

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者証 再交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。　記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者証の（左づめ）			□ 昭和 □ 平成
氏名・印	（フリガナ）	印	以下の場合は押印を省略できます。 ・自署の場合 ・確認欄の要件に該当し☑を入れた場合（任意継続被保険者の方は除く）
住所	（〒　－　）		都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　）		

☑ 再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。

□ 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　　※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。

被扶養者氏名	生年月日	性別	再交付の原因
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	□ 男 □ 女	□ 滅失 □ き損 □ その他
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	□ 男 □ 女	□ 滅失 □ き損 □ その他
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	□ 男 □ 女	□ 滅失 □ き損 □ その他

備考

事業主欄

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。

事業所所在地	（〒　－　）
事業所名称	
事業主氏名	印
電話番号	（　）

・事業主の自署の場合は押印を省略できます。

・任意継続被保険者（※１）の方は事業主欄の記入は不要です。

※１ 退職後、引き続き任意継続健康保険に加入されている者

確認欄	
□	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。　②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です）
マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。 ▶

(2020. 1)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄　　印

様式番号　2 1 1 1 1 6

協会使用欄　1 □ □□ □

全国健康保険協会 協会けんぽ