

# 健康保険被保険者証 減失損 再交付申請書

常務理事	事務長	部長	係長	係

① 被保険者証の記号 5000	② 被保険者証の番号 999	(ア) 被保険者の氏名 (氏) 健保 (名) 一郎	③ 生年月日 昭和 平成 5   8   10   20	(ウ) 資格取得年月日 昭和 平成 0   2   04   01
(エ) 被保険者の住所 〒530-0012 大阪府大阪市北区芝田99-99			(オ) 電話番号 06 (6372) 5589	

再交付対象者欄	被保険者欄	(カ) 氏名 (氏) (名)	(キ) 生年月日 上記に同じ	(ケ) 続柄 本人	⑤ 再交付の原因 1. 減失 2. き損	原因を詳しく記入してください
	被扶養者欄	(カ) 氏名 (氏) 健保 安子	(キ) 生年月日 昭和 平成 5   9   11   08	(ケ) 続柄 妻	⑤ 再交付の原因 1. 減失	外出先で紛失し警察には届出済みです。
		(氏) (名)	昭和 平成		1. 減失 2. き損	
		(氏) (名)	昭和 平成		1. 減失 2. き損	
(氏) (名)	昭和 平成		1. 減失 2. き損			

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提出いたします。  
なお、今後は健康保険被保険者証を減失またはき損することのないよう十分指導いたします。

〒530-0012  
事業所所在地 大阪府大阪市北区芝田22-88-100  
事業所名称 産業機械株式会社  
事業主氏名 産業 太郎  
電話番号 06 (6372) 5501

令和4年10月1日提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄

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、備考欄へ記入してください。  
(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)

備考欄	
-----	--

確認欄	この届出については、以下の要件を満たしたものである。
<input type="checkbox"/>	・申請者本人(被保険者)が記載したものである
<input checked="" type="checkbox"/>	・記載内容について誤りがないか申請者本人(被保険者)に確認している