

健康保険被保険者証 再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

被保険者証の記号	被保険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名		生 年 月 日					性別		
00	00000	(氏) 健 保	(名) 太 郎	昭和 平成 令和	6	0	0	5	0	1	男 女
被 保 険 者 の 住 所										備 考	
〒 XXX-XXXX 都道府県 埼玉 飯能市南町X-X											

再交付対象者欄（該当記号「ア」「イ」に〇印）	ア	被保険者（本人）分					再交付の原因	備 考					
		被扶養者（家族）分					滅失・毀損・その他						
		※ 下記に被保険者証を再交付する被扶養者について記入して下さい。											
		被 扶 養 者 の 氏 名		被 扶 養 者 の 生 年 月 日			性別	再交付の原因	備 考				
		(氏) 健 保	(名) 花 子	昭和 平成 令和	6	2	0	9	1	0	男 女	滅失・毀損・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	備 考			
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和						男 女	滅失・毀損・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	備 考				
		(氏)	(名)	昭和 平成 令和						男 女	滅失・毀損・その他		

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

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。	
事業主欄	〒 - (印)
事業所所在地	
事業主名称	
事業主氏名	
事業主電話	

受付印