

健康保険 被保険者証 再交付申請書



※記入方法等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者証を無くされた場合やき損した場合にご使用ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

被保険者情報	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
	氏名			
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
	住所	都 道 府 県		

対象者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者(本人)分のみ.....②欄の「再交付の原因」をご記入ください。 2. 被扶養者(家族)分のみ.....③欄に再交付対象のご家族の情報および「再交付の原因」をご記入ください。 3. 被保険者(本人)および被扶養者(家族)分.....②および③欄それぞれにご記入ください。		
再交付対象者	⑦ 被保険者	氏名(カタカナ)	生年月日	再交付の原因
		同上	同上	<input type="checkbox"/> 1. 滅失(無くした、落した) 2. き損(割れた、かすれた) 3. その他 ()
	① 被扶養者	(1) 氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	再交付の原因 <input type="checkbox"/> 1. 滅失(無くした、落した) 2. き損(割れた、かすれた) 3. その他 ()
		(2) 氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	再交付の原因 <input type="checkbox"/> 1. 滅失(無くした、落した) 2. き損(割れた、かすれた) 3. その他 ()
	(3) 氏名(カタカナ) 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日	再交付の原因 <input type="checkbox"/> 1. 滅失(無くした、落した) 2. き損(割れた、かすれた) 3. 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します。	任意継続被保険者の方は、事業主欄の記入は不要です。
	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号		

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	添付書類	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. き損被保険者証の添付あり		
	2 1 1 1 1 1 0 1		その他	<input type="checkbox"/>	(理由) 1. その他 2. 処理票	枚数	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

受付日付印

(2022.10)