

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証
健康保険資格確認書

滅失
き損

再交付申請書

(注意事項)

- 1 標題の「滅失」「き損」の文字および性別、生年月日は、それぞれ該当する箇所にレ点をつけて下さい。
- 2 き損となったための再交付申請であるときは「き損となった被保険者証もしくは資格確認書」をこの申請書に添付して下さい。
- 3 任意継続・特例退職被保険者は、申請者の本人確認として身分証明書（運転免許証・パスポート）の写しを添付下さい。
顔写真付きの確認書類が無い場合は、住民票などの公的な証明書を添付下さい。

被保険者の氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年	月	日生
被保険者の現住所	〒							
被保険者等記号・番号		記号			番号			
現在勤務している事業所	名称							
	所在地							
	所属							
	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年					月
再交付対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人） <input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）氏名：							
再交付を申請する理由	ありのままをくわしく書いて下さい。							

令和 年 月 日提出

事業主の証明	この届について事実と相違ないことを証明します。	
	令和 年 月 日	
	住所	事業主氏名

受付日付印

台帳記入済	保証
令和 年 月 日	