常務理事	事務局長	課　長	係　長	扱　者

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	㋐被保険者の氏名		③生年月日	㋑性別	㋒資格取得年月日
		(氏)	(名)	5.昭和 7.平成 年 月 日	1. 男 2. 女	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日

㋓被保険者の住所	㋔備考

再交付申請の対象となる者

被保険者欄	④	㋕氏名		㋖生年月日	㋗性別	㋘続柄	⑤再交付の原因	㋙備考
	00	(氏)	(名)	上記に同じ		本人	3.※滅失 4.き損 7.※新規 8.その他	

被扶養者欄	④※被扶養者番号	㋕氏名		㋖生年月日	㋗性別	㋘続柄	⑤再交付の原因	㋙備考
		(氏)	(名)	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1. 男 2. 女		3.※滅失 4.き損 7.※新規 8.その他	
		(氏)	(名)	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1. 男 2. 女		3.※滅失 4.き損 7.※新規 8.その他	
		(氏)	(名)	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1. 男 2. 女		3.※滅失 4.き損 7.※新規 8.その他	
		(氏)	(名)	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1. 男 2. 女		3.※滅失 4.き損 7.※新規 8.その他	

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、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地	〒　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話	(　　局)　　番

健康保険被保険者証を受領いたしました。

氏名	

令和　　年　　月　　日 提出

付　日　付

社会保険労務士記載欄
氏名等

【記入の方法】

1.標題の「滅失」、「き損」の文字は、該当する文字を〇印で囲んでください。

2.③および㋖欄の年号は、該当する文字を〇印で囲んでください。生年月日は、たとえば昭和32年2月7日生まれの場合は、

「

	年		月		日	
5. 昭和 7. 平成	3	2	0	2	0	7

」 のように記入してください。

3.㋑および㋒欄は、該当する性別を〇印で囲んでください。

4.㋕欄は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」および「祖母」などと詳しく記入してください。

5.⑤欄は、該当する再交付の原因を〇印で囲んでください。

【この申請書に添付して提出する書類】

1.健康保険被保険者証を滅失したための再交付申請であるときは、「被保険者滅失届」および「滅失事由を明らかにする証明書」（盗難、遺失、焼失、紛失証明書など）

2.き損したための再交付申請であるときは、「き損した健康保険被保険者証」

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

常務理事	事務局長	課長	係長	扱者

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	㋐被保険者の氏名		③生年月日	㋑性別	㋒資格取得年月日
9999	999	(氏) 東広	(名) 太郎	5.昭和 7.平成 4年10月10日	1.男 2.女	5.昭和 7.平成 9.令和 63年04月01日

㋓被保険者の住所	㋔備考
〒104-0045 東京都中央区築地○-△-□	

再交付申請の対象となる者

被保険者欄	④	㋕氏名		㋖生年月日	㋗性別	㋘続柄	⑤再交付の原因	㋙備考
	00	(氏)	(名)	上記に同じ		本人	3.滅失 4.き損 ※7.新規 8.その他	

被扶養者欄	④※被扶養者番号	㋕氏名		㋖生年月日	㋗性別	㋘続柄	⑤再交付の原因	㋙備考
		(氏) 東広	(名) 花子	5.昭和 7.平成 9.令和 40年10月10日	1.男 2.女	妻	3.滅失 4.き損 ※7.新規 8.その他	
		(氏)	(名)	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女		3.滅失 4.き損 ※7.新規 8.その他	
		(氏)	(名)	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女		3.滅失 4.き損 ※7.新規 8.その他	
		(氏)	(名)	5.昭和 7.平成 9.令和 年 月 日	1.男 2.女		3.滅失 4.き損 ※7.新規 8.その他	

扶養者の保険証を紛失した場合は青字部分を記入してください

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、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。

事業所所在地	〒 104 - 0045 東京都中央区築地○-△-□
事業所名称	株式会社　アドけんぽ
事業主氏名	広告　一郎
電話	03 (5678 局) 1234 番

健康保険被保険者証を受領いたしました。

氏名

令和　年　月　日 提出

付　日　付

社会保険労務士記載欄

氏名等