届書コード	
2 4 2	0

健康保険　被保険者証　再交付申請書

被保険者欄			
	1	被保険者証の記号及び番号	左づめ　　－　左づめ
	2	被保険者の生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
	3	被保険者の氏名	(フリガナ) (氏)　(名)　㊞
	4	性別	男・女
	5	被保険者の住所	郵便番号　　－　　電話　　(　　) 都道府県

被保険者証の再交付について、次のとおり申請いたします。

再交付対象者欄（該当記号「ア」「イ」に○印）										
	ア	被保険者（本人）分						9	再交付の原因 滅失・き損・その他	被保険者番号 ※記入不要 0 0
	イ	被扶養者（家族）分 ※　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ください。								
		6 被扶養者の氏名		7 被扶養者の生年月日			8 性別	9	再交付の原因	被扶養者番号 ※記入不要
		(氏)	(名)	昭和・平成	年	月 日	男・女		滅失・き損・その他	
		6 被扶養者の氏名		7 被扶養者の生年月日			8 性別	9	再交付の原因	被扶養者番号 ※記入不要
		(氏)	(名)	昭和・平成	年	月 日	男・女		滅失・き損・その他	
		6 被扶養者の氏名		7 被扶養者の生年月日			8 性別	9	再交付の原因	被扶養者番号 ※記入不要
		(氏)	(名)	昭和・平成	年	月 日	男・女		滅失・き損・その他	
	10	再交付の理由								

任意継続被保険者の方は事業主欄の記入は不要です。

受付日付印

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いたします。	
	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 電話	〒 ㊞

11	社会保険労務士の提出代行者名記載欄
	㊞

※協会使用欄

決裁		登録	審査

全国健康保険協会