

届書コード
2 4 2

健康保険被保険者証 減き 失損 再交付申請書

常務理事	事務局長	部長	課長	扱者	

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	⑦ 被保険者の氏名 (氏) (名)	③ 生年月日 昭5 年 月 日 平7	④ 性別 男 1. 女 2.	⑧ 資格取得年月日 年 月 日
⑨ 被保険者の住所			⑩ 備考		

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	④ 氏名 0 0 (氏) (名)	⑤ 生年月日 上記に同じ	⑥ 性別 本人	⑦ 続柄 本人	⑧ 再交付の原因 減き 3. 失 4. 損 8. ※その他	⑨ 備考
	被扶養者欄	④ ※被扶養者番号	⑤ 氏名 (氏) (名)	⑥ 生年月日 昭5 年 月 日 平7 9	⑦ 性別 男 1. 女 2.	⑧ 再交付の原因 減き 3. 失 4. 損 8. ※その他	⑨ 備考
			(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7 9	男 1. 女 2.	減き 3. 失 4. 損 8. ※その他	
			(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7 9	男 1. 女 2.	減き 3. 失 4. 損 8. ※その他	
	(氏) (名)	昭5 年 月 日 平7 9	男 1. 女 2.	減き 3. 失 4. 損 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減失またはき損することのないよう十分指導いたします。

令和 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		⑩
電話	(局)	番

社会保険労務士記載欄
氏名等
⑩

◎ 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。

【記入の方法】

- ⑦欄は、被保険者が自ら署名する場合には、押印は不要です。
- 標題の「滅失」、「き損」の文字は、該当する文字を○印で囲んでください。
- ③および④欄の年号は、該当する文字を○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、

昭	5	年		月		日	
平	7	3	2	0	2	0	7

のように記入してください。
- ①および②欄は、該当する性別を○印で囲んでください。
- ⑧欄は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「長女」、「祖父」および「祖母」などと詳しく記入してください。
- ⑤欄は、該当する再交付の原因を○印で囲んでください。
- 事業主の押印及び被保険者の押印については、署名（自筆）の場合は不要です。

【この申請書に添付して提出する書類】

- 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、「健康保険被保険者証滅失届」
- 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」