

届出コード
242

常務理事	部長	課長	主任	担当
				入力印

健康保険 被保険者証 再交付申請書

被 保 険 者	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	※枠内に丁寧に記入ください。	
	氏名	(フリガナ)	生年月日	
			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	
	住所	(〒 —)	下記の確認欄に 印 がある場合のみ印鑑の押印は不要です。	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()	携帯電話	- -

再 交 付 が 必 要 な 方	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の理由	
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女		☐ 滅失() ☐ き損(破れたり汚れたとき)
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女		☐ 滅失() ☐ き損(破れたり汚れたとき)
		☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	☐ 男 ☐ 女		☐ 滅失() ☐ き損(破れたり汚れたとき)
備 考		被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です)				

確認欄	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
☐	① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容について誤りがないか申請者本人に確認している。

事 業 主 欄	上記のとおり被保険者から健康保険者証の再交付申請がありましたので、届出します。 なお、今後は滅失又は、き損することのないよう十分指導等いたします。	
	令和 年 月 日	
	(〒 —)	
	事業所所在地	
	事業所名称 事業主氏名 電 話	(印)

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	(印)
-----------------------	-----

受 付 印