

健康保険 被保険者証等 滅失 再交付申請書

社会保険労務士 氏名	
---------------	--

健康保険被保険者証記号番号	被保険者の氏名				生年月日			
—	(氏)	(名)			<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
					<input type="checkbox"/> 平成			
資格取得年月日		被保険者の住所					備考	
<input type="checkbox"/> 昭和								
<input type="checkbox"/> 平成								
<input type="checkbox"/> 令和								
再交付申請の対象となる者	氏名		生年月日			続柄	再交付の原因	再交付を行うものに <input checked="" type="checkbox"/>
	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 被保険者証
			<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証
			<input type="checkbox"/> 令和					
			<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 被保険者証
			<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証
		<input type="checkbox"/> 令和						
		<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 被保険者証	
		<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
		<input type="checkbox"/> 令和						
		<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損	<input type="checkbox"/> 被保険者証	
		<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	
		<input type="checkbox"/> 令和						

◎該当する選択項目の□にチェックを入れてください。
 ◎き損した場合は、その被保険者証等を添付して下さい。
 ◎盗難に遭ったときは、直ちに警察へ届けてください。

上記のとおり再交付を申請します。なお、今後は滅失又はき損することのないよう注意すると共に、滅失した被保険者証等を発見したときは直ちに返納します。

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出します。なお、今後は被保険者証等を滅失又はき損することのないよう充分指導いたします。

令和 年 月 日

大阪鉄商健康保険組合理事長 様

被保険者
氏名

事業所所在地	〒 —
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()