

同年月日	平成 年 月 日	施行年月日	平成 年 月 日	
常務理事	事務長	担当者		被扶養者 台帳照合印

届書コード  
2 5 1  
届書

# 健康保険被保険者証 **滅失** 再交付申請書

① 健康保険被保険者証の記号 0 0 0		② 健康保険被保険者証の番号 0 0 0 0		⑦ 被保険者の氏名 (氏) 三菱 (名) 太郎		③ 被保険者の生年月日 明大昭平 1 3 5 7 年 月 日 0 0 0 5 0 1		④ 性別 男 1 女 2		④ 再交付の原因 滅失 3 き損 4 無余 5 ※新規 7 その他 8		送信			
⑧ 資格取得年月日 昭和・平成 年 月 日 0 0 0 0 0 0		⑧ 被保険者の住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-1		⑨ 該当者の氏名 (氏) 三菱 (名) 太郎		⑩ 生年月日 明大昭平 1 3 5 7 年 月 日 0 0 0 5 0 1		⑪ 性別 男 1 女 2		⑫ 続柄 本人					
⑨ 該当者の氏名 (氏) 三菱 (名) 太郎		⑩ 生年月日 明大昭平 1 3 5 7 年 月 日 0 0 0 5 0 1		⑪ 性別 男 1 女 2		⑫ 続柄 本人		⑬ 該当者の氏名 (氏) (名)		⑭ 生年月日 明大昭平 1 3 5 7 年 月 日		⑮ 性別 男 1 女 2		⑯ 続柄	
⑨ 該当者の氏名 (氏) (名)		⑩ 生年月日 明大昭平 1 3 5 7 年 月 日		⑪ 性別 男 1 女 2		⑫ 続柄		⑬ 該当者の氏名 (氏) (名)		⑭ 生年月日 明大昭平 1 3 5 7 年 月 日		⑮ 性別 男 1 女 2		⑯ 続柄	
⑨ 該当者の氏名 (氏) (名)		⑩ 生年月日 明大昭平 1 3 5 7 年 月 日		⑪ 性別 男 1 女 2		⑫ 続柄		⑬ 該当者の氏名 (氏) (名)		⑭ 生年月日 明大昭平 1 3 5 7 年 月 日		⑮ 性別 男 1 女 2		⑯ 続柄	
⑨ 該当者の氏名 (氏) (名)		⑩ 生年月日 明大昭平 1 3 5 7 年 月 日		⑪ 性別 男 1 女 2		⑫ 続柄		⑬ 該当者の氏名 (氏) (名)		⑭ 生年月日 明大昭平 1 3 5 7 年 月 日		⑮ 性別 男 1 女 2		⑯ 続柄	

◎ 記入の方法は次ページ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。

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、今後は健康保険被保険者証を滅失又はき損することのないよう十分指導いたします。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

事業所所在地	〒	—
事業所名称	( 局 )	番
事業主氏名		
電話		

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印		印
----------------	--	---

### 〔記入の方法〕

1. 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。
2. ③及び(カ)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 日生れの場合は、

明 1		年		月		日
大 3						
昭 5	3	2	0	2	0	7
平 7						

のように記してください。

3. (イ)欄は、該当する性別を○印で囲んでください。
4. ④欄は、該当する再交付の原因を○印で囲んでください。
5. (ク)欄は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「長女」、「祖父」、「祖母」などとくわしく記入してください。

### 〔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、「被保険者証滅失届」
2. き損となったための再交付申請であるときは、「き損となった健康保険被保険者証」