健康保険被保険者証（本人・家族）紛失・き損 届・再交付申請書

再交付年月日	令和　年　月　日

常務理事	事務局長	事務局次長	部　長	次　長	課　長	課長補佐	係　長	係

被保険者証の記号・番号	記号		被保険者氏名		
	番号		生年月日	昭・平	年　月　日

再交付申請の対象となる者（再交付の原因）	氏名	生年月日	続柄	原因
		昭・平・令 年　月　日		紛失　き損
		昭・平・令 年　月　日		紛失　き損
		昭・平・令 年　月　日		紛失　き損
		昭・平・令 年　月　日		紛失　き損
		昭・平・令 年　月　日		紛失　き損

届出の事由（できるだけ詳しく日時、場所等を記入してください。）	

上記のとおり、証を紛失・き損したのでお届けします。
今後は充分取り扱いに注意いたしますので、再交付願いたく申請いたします。
なお、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和　年　月　日

被保険者　住　所

氏　名

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。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

受付印

社会保険労務士記載欄	

◎ 再交付の原因が「き損」の場合は、き損した健康保険被保険者証を添えて申請してください。

出版健康保険組合