

Example

# 健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

Please refer to the separate sheet for information about filling out this form.

常務理事	事務長	担当	係

不明の場合は未記入

- ◆ 記入の方法
- ◆ 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「き損となった健康保険被保険者証」
- ◆ 被扶養者の欄は、被保険者との続柄を「夫」「妻」「父」「母」「長男」「長女」「祖父」「祖母」などとして記入すること。

健康保険被保険者証の 記号 番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日		性別	資格取得年月日			
① 1 2 3 4	② 12345678	(フリガナ) (氏) ヤマグチ	(名) タロウ	昭和 平成	年 5 0 0 6 0 1	日 0 1	男 女	年 2 3 0 4 0 1	月 0 1	日 0 1
被保険者の住所				電話番号		備考				
〒 754-0894				自宅 *** (*** ) ****						
⑦ 山口県山口市佐山〇〇-〇				携帯 *** (**** ) ****						

再発行が必要となる者をご記入ください。

チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の理由	
⑨ <input type="checkbox"/>	被保険者(本人)分	上記に同じ	本人	滅失・き損・その他( )		
被扶養者の被保険者証が必要な場合(氏名を記入)	再交付が必要な方の氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の理由	
	(氏) ⑩ 山口	(名) 花子	昭和 平成 ⑪	52年10月1日	⑫ 男 ⑬ 妻	⑭ 滅失・き損・その他( )
	(氏)	(名)	昭	日	男・女	「長男」「長女」等、戸籍謄本上の内容でご記入下さい。
	(氏)	(名)	昭	日	男・女	滅失・き損・その他( )
(氏)	(名)	昭	年 月 日	男・女	滅失・き損・その他( )	

再交付の対象者のみ記入

注)紛失された方が複数名の場合、全員を記入してください

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。

事業所所在地  
事業所名称  
事業主氏名  
電話

社会保険労務士記載欄

令和 年 月 日提出

受付日付印

FR健康保険組合

Note:

If requesting Reissue due to loss of old Insurance Card, append Loss Notification as a separate form.

- ① Health Insurance Card Symbol
- ② Health Insurance Card Number
- ③ Name of Insured Person
- ④ Birth Date
- ⑤ Gender: Male/Female
- ⑥ Insurance Status Acquisition Date
  - \* Do not enter if unknown
- ⑦ Address (with Zip Code)
- ⑧ Telephone Number
- ⑨ Check the blank for Reissue of Insured Person's Card
- ⑩ Name of Dependent applying for Reissue
  - \* Only enter name of Person whose card is to be reissued.
  - \* Enter all names if multiple people's cards have been lost.
- ⑪ Birth Date
- ⑫ Gender: Male/Female
- ⑬ Relationship
- ⑭ Reason for Reissue