

健康保険被保険者証 減失 再交付申請書

常務理事	事務長	担当	係

健康保険被保険者証の 記号		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				
.....	(フリガナ) (氏)	(名)	昭和 平成	年	月	日	男 女	年	月	日	
被保険者の住所				電話番号			備考					
〒 -				自宅	()							
				携帯	()							

再発行が必要となる者をご記入ください。

再交付申請の対象となる者	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
		<input type="checkbox"/>	被保険者(本人)分	上記に同じ		本人
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) (名)	昭平令 年 月 日	男・女		減失・き損・その他()
		(氏) (名)	昭平令 年 月 日	男・女		減失・き損・その他()
		(氏) (名)	昭平令 年 月 日	男・女		減失・き損・その他()
		(氏) (名)	昭平令 年 月 日	男・女		減失・き損・その他()

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減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	

令和 年 月 日提出

受付日付印

社会保険労務士記載欄

FR健康保険組合

- ◆記入の方法
- 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。
 - 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減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」