

正

健康保険被保険者証 **再交付申請書** 届 減失1 減失2

グループ長	担当者

記入上の注意

- ① 再発行の必要な方のみ、ご記入ください。
- ② 紛失した保険証が見つかった場合、再交付前の保険証をお返しください。
- ③ *印は記入しないでください。
- ④ 記入方法は2枚目厚紙の裏面をよくお読みください。

被保険者の記号番号															
記号	1	1	番号	4	5	6	7	8	9						
被保険者	フリガナ	ケンポ タロウ			生年月日	昭3	年	月	日	事業所名	日本航空株式会社〇〇支店	所属	総務課		
	氏名印	健保太郎 (健保)			平4	4	6	1	1	5	事業所所在地	東京都大田区〇〇1-3-3	電話	123-1234	
被保険者	現住所	東京都大田区羽田 13-1-1			資格取得年月日 (和歴)	6	年	4	月	1	日	*交付年月日 (記入不要)	年	月	日
② 再交付を申請する具体的理由 又は減失の具体的状況	○年○月○日〇〇へ旅行中、ホテルにて現金などとともに保険証を盗まれました。盗難届けについては○月○日〇〇〇〇交番へ届出済みです。										再発行対象者	フリガナ	性別	続柄	
	氏名	男・女	本人												
	ケンポ タロウ 健保太郎	男・女	妻												
	ケンポ ハナコ ハナコ	男・女													
		男・女													
		男・女													
		男・女													

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いたします。
 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。(事業所証明欄)

平成 年 月 日提出

* 受付年月日

事業所 名称
 所在地
 事業主名

(印)