

健康保険被保険者証 **滅失** 再交付申請書

常務理事	事務長	課長	係

※記入の方法は裏面に書いてあります。

① 記号			② 番号				③ 被保険者の氏名				④ 生年月日				⑤ 性別		⑥ 資格取得年月日									
9	9	9	1	9	7	8	(氏) 倉庫	(名) 五郎	倉庫	昭 5	年	0	3	0	6	0	4	男 1	昭 5	年	2	6	0	4	0	1
⑦ 被保険者の住所												⑧ 被保険者証を滅失またはき損したときの状況														
〒 135 - 0047												引越しの時に、どこかにしまいこんでしまい、見つからなくなった。														
東京都江東区富岡△-△-△-205																										

再交付申請の対象となる者	被保険者欄	⑨ 氏名		⑪ 生年月日				⑫ 性別	⑬ 続柄	⑭ 再交付の原因	⑮ 備考					
		(氏)	(名)	昭 5	年	月	日	男 1	本人	滅失	き損					
		倉庫	五郎	昭 5	年	0	3	0	6	0	4	男 1	本人	滅失	き損	
	被扶養者欄	(氏)	(名)	昭 5	年							男 1		滅失	き損	
		(氏)	(名)	昭 5	年							男 1		滅失	き損	
		(氏)	(名)	昭 5	年							男 1		滅失	き損	
		(氏)	(名)	昭 5	年							男 1		滅失	き損	

上記の通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、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。		⑰ うえに記載した通り、被保険者証を滅失またはき損いたしました。今後は十分取扱いに注意します。 なお、滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。	
事業所所在地	⑱ 東京都江東区富岡×-×-×		
事業所名称	株式会社 そうこけんぽ		
事業主氏名	代表取締役社長 健保 一郎	事業主印	平成 29 年 4 月 10 日
電話	03 (1234) 5678	被保険者氏名	倉庫 五郎 倉庫

平成 29 年 4 月 11 日 提出

受付日付印

⑲ 社会保険労務士の提出代行印	
	印