

記入例

常務理事	事務長	係長	係

健康保険被保険者証再交付申請書

健康保険の 記号番号	100 - 9999	被保険者 の氏名	健保 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
被保険者 の住所	〇〇市〇〇町〇〇番地		生年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成	50年 1月 1日
事業所名	〇〇株式会社		資格取得 年月日	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	8年 4月 1日

再交付が必要な対象者にチェックを入れてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者（本人）分	再交付の原因			
	<input checked="" type="radio"/> 滅失・ <input type="radio"/> 毀損・ <input type="radio"/> その他			
<input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者（家族）分	※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。			
被扶養者氏名	生年月日	性別	再交付の原因	
健保 花子	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	53年 1月 1日	男 <input checked="" type="radio"/> 女	<input checked="" type="radio"/> 滅失・ <input type="radio"/> 毀損・ <input type="radio"/> その他
	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年 月 日	男・女	滅失・ <input type="radio"/> 毀損・ <input type="radio"/> その他
	<input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和	年 月 日	男・女	滅失・ <input type="radio"/> 毀損・ <input type="radio"/> その他
再交付申請の 詳細事由	必ず記入してください			

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。

令和 年 月 日

事業所所在地 〇〇市〇〇町〇〇番地

事業所名称 〇〇株式会社

事業主氏名 ××× ×××

岐阜県自動車販売健康保険組合理事長 殿

【注意事項】

被保険者証を毀損した場合は、
毀損した被保険者証を添付して
ください。

社会保険労務士 の提出代行者印	
--------------------	--