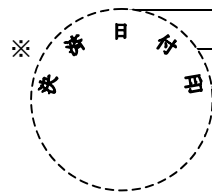


社保委員等の検印

届書コード
2 5 1
届書

健康保険被保険者証 再交付申請書

減失
き損
無余白



同年月日	平成 年 月 日	施行年月日	平成 年 月 日
常務理事	事務長	課(係)長	扱 者
			被扶養者 台帳照合印

① 健康保険被保険者証の記号		② 健康保険被保険者証の番号		③ 被保険者の生年月日		④ 再交付の原因	
0 0 0 0		0 0 0 0 0 0 0 0		明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7		男 1 女 2	
(ア) 被保険者の氏名		(イ) 性別		⑤ 減失		⑥ 新規	
三菱 太郎		男 1		き損 4		その他 8	
(ウ) 資格取得年月日		(エ) 被保険者の住所		備 考		送 信	
昭和 年 月 日		〇〇県〇〇市〇〇町1-1					
(オ) 被扶養者の氏名		(カ) 生年月日		(キ) 性別		(ク) 続柄	
三菱 愛子		明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7		男 1 女 2		妻	
(オ) 被扶養者の氏名		(カ) 生年月日		(キ) 性別		(ク) 続柄	
		明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7		男 1 女 2			
(オ) 被扶養者の氏名		(カ) 生年月日		(キ) 性別		(ク) 続柄	
		明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7		男 1 女 2			
(オ) 被扶養者の氏名		(カ) 生年月日		(キ) 性別		(ク) 続柄	
		明 1 年 月 日 大 3 昭 5 平 7		男 1 女 2			

◎「※」印欄は記入しないでください。

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 (局) 番

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 提出

受 付 日 付 印

社会保険労務士の提出代行者印

印