

※

資格取得年月日	年 月 日
前回交付年月日	年 月 日
旧被保険者証の添付	有 ・ 無

※

常務理事	事務長	課長	係員

健康保険被保険者証再交付申請書

【注意事項】

ハ ロ イ
「こき健康③
※の損康⑥
」申と保の
欄請な険□
は書つ被は
記にた保該
入添た険当
し付め者す
ないの証る
でく交減所
くださ付失に
ださい申しレ
。であめ入し
るの再交下
ときは、申さい
「請き損あ
るとなつき
たは、「被保
険者証」を、

①	被保険者の氏名	②	③	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日
④	被保険者の住所	〒	-		
再交付を受ける健康保険被保険者証の				記号	
				番号	
⑥	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因
再交付の対象となる者		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他
⑦	再交付を申請する理由				

事業主の証明
⑧ 上記のとおり被保険者から再交付の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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

神奈川県自動車販売健康保険組合

㊟