常務理事		担当	

健康保険 被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

◎ ※」印欄は記入しないでください。

① 記号	② 被保険者番号	③ 被保険者の氏名		④ 生年月日
		(氏)	(名)	昭和 平成 年 月 日

⑤ 被保険者の住所	⑥ 備考

再交付申請の対象となる者		⑦ 氏名		⑧ 生年月日	⑨ 続柄	⑩ 再交付の原因		⑪ 備考
	1	(氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日		滅失	き損	
	2	(氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日		滅失	き損	
	3	(氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日		滅失	き損	
	4	(氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日		滅失	き損	
	5	(氏)	(名)	昭和 平成 令和 年 月 日		滅失	き損	

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届出いたします。
なお、今後は被保険者証を滅失又は、き損することのないよう充分指導いたします。

令和　　年　　月　　日 提出

受付日付印

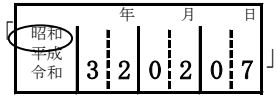
事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主(代理人)氏名	
電話番号	

社会保険労務士の提出代行者印

エービービー健康保険組合

【記入の方法】

1. 標題の「滅失」、「き損」の文字は、該当する文字を〇印で囲むこと。

2. ④⑧の年号は、該当する文字を〇印で囲むこと。生年月日は、たとえば昭和32年2月7日生れの場合は、「 

」のように記入すること。

3. ⑩の再交付の原因は、該当する文字を〇印で囲むこと。

4. ⑨は、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」などと詳しく記入すること。