

## 記入例

## 健康保険証・高齢受給者証 再交付申請書

健康保険証に記載されている  
番号をご記入ください

被 保 険 者 欄	保険証		フリガナ	ケンポ タロウ	申請日	2024 年 4 月 1 日
	記号	番号	被保険者 氏名	健保 太郎	電話番号	〇〇〇-△△△-××××
	1234	5678			生年月日	
	住所 (住民票)		〒 〇〇〇-△△△△		<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	1 年 6 月 1 日

住所は必ず住民票住所を記載ください

記 入 欄	再交付の原因	※該当を選択ください <input checked="" type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 毀損			
	再交付する証の種類	※該当を選択ください <input type="checkbox"/> 被保険者保険証 <input checked="" type="checkbox"/> 被扶養者保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 ※被扶養者保険証の場合は氏名をご記入ください↓			
	①被扶養者氏名	健保 花子		③被扶養者氏名	
	②被扶養者氏名			④被扶養者氏名	

上記の通り再交付申請いたします。

年 月 日 被保険者氏名： \_\_\_\_\_

事 業 主 証 明	上記の通り、被保険者から証再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は滅失・毀損することの無いよう十分指導いたします。	年 月 日
	事業所名称 事業主氏名	

※滅失の場合は悪用される危険性がありますので、最寄りの警察に滅失・盗難届を提出する事をお勧めいたします。

※保険証が見つかった場合は速やかに返却をお願いします。

※資格喪失後に医療機関を受診し当組合から給付がある場合、請求することがあります。

## ◆申請ルート◆

申請者→事業所→健保組合

※本申請は事業所経由でのお手続きとなりますのでお間違いないようお願いします。