

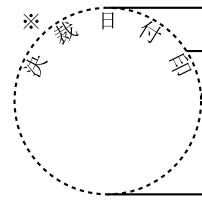
社保委員等の検印

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください
※印欄は記入しないでください

届書コード	届書
2 5 1	

健康保険被保険者証^アき損^イ再交付申請書

減失
無余白



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

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	被 保 険 者 の 氏 名	③被保険者の生年月日	④性別	④再交付の原因	送信
1 0 1	9 9 9 9 0	(氏) 東 武 (名) 太 郎	明 1 大 3 昭 5 平 7 年 月 日	男 1 女 2	減失 3 無余白 5 ※新規 7 其他 8	

⑤資格取得年月日	⑥被 保 険 者 の 住 所	備 考
昭和 5 0 0 4 0 1 年 月 日	東京都豊島区西池袋〇-〇-〇メトロポリタンマンション123	

⑦被扶養者の氏名	⑧生 年 月 日	⑨性別	⑩続柄	⑦被扶養者の氏名	⑧生 年 月 日	⑨性別	⑩続柄
(氏) (名)	明大昭平 1 3 5 7 年 月 日	男 1 女 2		(氏) (名)	明大昭平 1 3 5 7 年 月 日	男 1 女 2	
(氏) (名)	明大昭平 1 3 5 7 年 月 日	男 1 女 2		(氏) (名)	明大昭平 1 3 5 7 年 月 日	男 1 女 2	
(氏) (名)	明大昭平 1 3 5 7 年 月 日	男 1 女 2		(氏) (名)	明大昭平 1 3 5 7 年 月 日	男 1 女 2	
(氏) (名)	明大昭平 1 3 5 7 年 月 日	男 1 女 2		(氏) (名)	明大昭平 1 3 5 7 年 月 日	男 1 女 2	

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滅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	会社で記入捺印します
事業主氏名	
電 話	(局) 番

平成 年 月 日 提出

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---

被扶養者の保険証を再交付申請する場合は、その方のお名前をご記入下さい