

常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証 再交付申請書（旧証添付有り）

〈記入する前に必ずお読みください〉

- ・ 毀損等の理由で、旧被保険者証を添付して再交付を申請する場合は、無料で再交付します。
- ・ 被保険者証の毀損（割れたなど）、券面の文字が見えなくなった（汚れ・かすれ）以外の理由で、再交付はしませんのでご注意ください。
→ 姓の変更など、記載事項の変更は「記載事項変更届」を使って申請してください。
- ・ 転居により裏面の「住所欄」を変更したい場合は、再交付しません。シール等を貼って書き換えてください。

〈再交付の手順〉

- ① 再交付申請書に必要事項を記入の上、旧被保険者証を添付して事業所（会社・団体）の担当者に提出する。
- ② 健保組合は、再交付申請書を確認の上、再交付し、事業所経由で申請者にお届する。

被保険者証 記号・番号	—		被保険者 氏 名	印
被保険者 生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日		事業所名 (会社名)	
再交付 該当者氏名	続柄 ()		再交付 該当者氏名	続柄 ()
申請理由	毀損	毀損の原因		
	券面の汚れ	汚れの原因		
	券面文字の かすれ	かすれの原因		

※再交付該当者が2名以上の場合は、もう1枚記入してください。

申請日 年 月 日

上記の通り、被保険者から再交付申請があったので届出いたします。

事業所所在地	
事業所 名称	
事業主 氏名	印

健保組合受付印