常務理事	事務長	課　長	係 長	係　員

健康保険被保険者証 滅失 毀損 無余白 再交付申請書

◎添付するもの

・滅失（紛失）したことによる再交付申請の場合は「健康保険被保険者証滅失届」と併せて提出してください。

・毀損または無余白による再交付申請の場合は、その健康保険証を添付してください。

①被保険者証の記号	②被保険者証の番号	③被保険者の氏名		④被保険者の生年月日	⑤性別	⑥再交付の理由		送信
		(氏)	(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男1 女2	滅失3 毀損4	無余白5 その他8	

⑦資格取得年月日	⑧被保険者の住所	㋐備考
昭5 平7 令9　年　月　日		

⑨再交付対象者の氏名		⑩生年月日	⑪性別	⑫続柄	⑨再交付対象者の氏名		⑩生年月日	⑪性別	⑫続柄
(氏)	(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男1 女2		(氏)	(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男1 女2	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男1 女2		(氏)	(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男1 女2	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男1 女2		(氏)	(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男1 女2	
(氏)	(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男1 女2		(氏)	(名)	昭5 平7 令9　年　月　日	男1 女2	

関東めっき健康保険組合(R3.5)

上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または毀損することのないよう十分指導いたします。

令和　　年　　月　　日提出

事業所所在地	〒　　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	－　　－

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者欄	