

届出コード			
2	4	2	0

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	係

健康保険被保険者証 再交付申請書

※⑦、⑧、⑪は記入必須です。
※被保険者欄は⑨、⑩のみ省略可能です。

① 被保険者証の 記号・番号	—		② 被保険者氏名	(氏) (名) ㊞			
③ 生年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	④ 取得年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日	⑤ 性別	男 ・ 女
⑥ 住所	〒 —						
⑦ 被保険者証を 滅失した時の 状況 (具体的に)							
再 交 付 対 象 者 欄	被 保 険 者 欄	⑧ 氏 名		⑨ 生 年 月 日		⑩性別	⑪ 再 交 付 の 原 因
		(氏)	(名)	上 記 に 同 じ			滅失・き損・その他
	被 扶 養 者 欄	⑧ 氏 名	⑨ 生 年 月 日	⑩性別	⑪ 再 交 付 の 原 因		
		(氏)	(名)	昭和 ・ 平成	年 月 日	男 ・ 女	滅失・き損・その他
		(氏)	(名)	昭和 ・ 平成	年 月 日	男 ・ 女	滅失・き損・その他
		(氏)	(名)	昭和 ・ 平成	年 月 日	男 ・ 女	滅失・き損・その他
	(氏)	(名)	昭和 ・ 平成	年 月 日	男 ・ 女	滅失・き損・その他	
	(氏)	(名)	昭和 ・ 平成	年 月 日	男 ・ 女	滅失・き損・その他	

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証再交付申請がありましたので、提出致します。

なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分に指導致します。

平成 年 月 日

〒 —

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名 ㊞

電話番号 () 番

受 付 日 印

社会保険労務士の提出代行者印	㊞
----------------	---

東京都報道事業健康保険組合

【記入の方法】

1. ①欄は、被保険者が自ら署名する場合は、押印不要です。
2. ③および⑨欄の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。

※生年月日は、たとえば昭和32年2月7日生まれの場合は

昭和	年		月		日	
平成	3	2	0	2	0	7

のように記入してください。

3. ⑤および⑩欄は、該当する性別を○印で囲んでください。
4. ⑪欄は、該当する再交付の原因を○印で囲んでください。

【この申請書に添付して提出するもの】

き損した為の再交付であるときは「き損した健康保険被保険者証」