

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	999 — 1234		被保険者 氏 名	健保 太郎 印
被保険者 生年月日	昭和 ・ 平成〇〇年 〇月 〇日	事業所名 (会社名)	株式会社健康第一	
再交付 該当者氏名	健保 太郎	続柄 (本人)	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	長期間、財布に入れたままにしたため券面がこすれて、文字が読めなくなりました。	

※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 H〇〇年 〇月 〇日

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	事業主の証明が必要です
事業主 氏名	印

健保組合受付印