

0 : 被 保 険 者 証
 4 : 限度額適用・標準負担額減額認定証
 5 : 特定疾病療養受療証
 6 : 限度額適用認定証

再交付申請書

- 注1 太枠内に記入してください。光学処理を行いますので、枠からはみ出さないように丁寧に記入してください。
- 注2 マス目への記入は、1つの枠に濁点も含めて1文字とし、左詰めとしてください。
- 注3 マス目の右に凡例がある場合は、該当する数字を記入してください。
- 注4 滅失した被保険者証等が見つかった場合は、すみやかに健康保険組合に返納してください。
- 注5 「再交付申請書」は、必要な「被保険者証」等1枚につき1部作成してください。

被保険者が自ら記入する場合は、被保険者の押印は省略可

(1)被保険者証の記号 (2)被保険者証の番号

<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>
---	---

(3)勤務箇所	(4)被保険者氏名	印

(5)被保険者証等を滅失・き損した方、または被保険者証等が無余白となった方の氏名

(6) (5)に該当する方の続柄

(7)再交付理由

<input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	0:滅失
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	1:き損
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="checkbox"/>	2:無余白

(8)再交付事由

事由記入欄

事業主 特記事項欄	
--------------	--

上記のとおり相違ないことを証明します。	年 月 日		箇 所 長	電 話	健保担当課
所在地 〒	—	事業所 使用欄	印	—	印
名 称	印				
事業主名	事業主整理番号				