届書コード			
2	5	1	届書

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

常務理事	事務局長	課　長	課長補佐	主　任	係　員

この申請書に添付して提出する書類
(1) 健康保険被保険者証を滅失したための再交付申請であるときは、「被保険者証滅失届」および「滅失事由を明らかにする証明書」(盗難、遺失、焼失、紛失証明書など)
(2) き損したための再交付申請であるときは、き損した健康保険被保険者証」

◎※」印欄は記入しないでください。

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	㋐ 被保険者の氏名 (氏)	(名)	㊞	③ 生年月日	㋑ 性別	㋒ 資格取得年月日	
					昭5 平7 年 月 日	男1・女2	年 月 日	送信

㋓ 被保険者の住所	㋔ 備考

再交付申請の対象となる者

被保険者欄 ④	㋕ 氏名 (氏)	(名)	㋖ 生年月日	㋗性別	㋘続柄	⑤ 再交付の原因	㋙ 備考
00			上記に同じ		本人	滅失3 き損4 ※新規7 その他8	

被扶養者欄	④※被扶養者番号	㋕ 氏名 (氏)	(名)	㋖ 生年月日	㋗性別	㋘続柄	⑤ 再交付の原因	㋙ 備考
				昭5・平7 令9 年 月 日	男1 女2		滅失3 き損4 ※新規7 その他8	
				昭5・平7 令9 年 月 日	男1 女2		滅失3 き損4 ※新規7 その他8	
				昭5・平7 令9 年 月 日	男1 女2		滅失3 き損4 ※新規7 その他8	
				昭5・平7 令9 年 月 日	男1 女2		滅失3 き損4 ※新規7 その他8	送信

年　月　日提出
受付日付印

税務会計監査事務所健康保険組合

上記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又はき損することのないよう十分指導いたします。

事業所所在地	〒　－
事業所名称	
事業主氏名	(㊞
電話	(　局)　番

社会保険労務士の提出代行者印		㊞

TAAけんぽ再交付