

健康保険 被保険者証 再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

申請書は、黒のボールペン等（消えるインク不可）を使用し、楷書で丁寧にご記入ください。

被保険者情報	被保険者証記号	番号	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	
	氏名	(フリガナ)				
	住所	〒				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	()			

再交付が必要な対象者にチェックをいれてください。

<input type="checkbox"/> 被保険者（本人）分	再交付の原因		
	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）分	※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください。		
被扶養者氏名	生年月日	続柄	再交付の原因
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 毀損 <input type="checkbox"/> その他
備考			

事業主欄	事業主の所在地	上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。 令和 年 月 日	※ 任意継続被保険者の方は、 事業主欄の記入は不要です。
	事業主の名称		事業所ビル名
	事業主の氏名		確認者

【申請時の添付書類】

- 本人確認のため、運転免許証やパスポートなど申請者本人の顔写真を確認できるもののコピーを添付してください。
- 上記①による本人確認が困難な場合は、住民票などの公的な証明書を添付してください。
- 誓約書（見本を参考に自筆で作成）を添付してください。
※ 被扶養者（家族）の再交付の場合も、被保険者（本人）の①～③を添付してください。
- 証を毀損した場合は、被保険者証を添付してください。なお、①～③の書類は不要です。

詳細は、健康保険組合ホームページ > こんなときの手続きは？
> 保険証を紛失・毀損したとき からご確認ください。

ワコール健保



受付日付印