届出コード		
2	5	1

健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	課 長	課長代理	係 長	担当者

健康保険被保険者証の記号･番号	被 保 険 者 の 氏 名	生 年 月 日	再交付の原因	左記原因の発生理由
記号 番号 ・		昭 和 平 成 年 月 日 令 和	滅 失 毀 損 そ の 他	

再交付を必要とする被保険者または被扶養者の氏名	生 年 月 日		続 柄	再交付を必要とする被保険者または被扶養者の氏名	生 年 月 日		続 柄
	昭 ・ 平 令	年 月 日			昭 ・ 平 令	年 月 日	
	昭 ・ 平 令	年 月 日			昭 ・ 平 令	年 月 日	
	昭 ・ 平 令	年 月 日			昭 ・ 平 令	年 月 日	

(注)1. 生年月日欄及び再交付の原因欄は、該当するものを○で囲んでください。

2. 毀損の場合は健康保険被保険者証を添付してください。

上記のとおり再交付を申請します。

年 月 日

被保険者 住 所

氏 名

この申請について事実に相違ないことを証明します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

受付日付印

静岡県信用金庫健康保険組合

被保険者の記号番号に代えてマイナンバーにより申請をされる場合は備考欄にご記入ください。
マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。
※記号番号を記入した場合は添付書類は不要です。

〔備考〕