理事長	常務理事	事務長	課長	係長	係

健康保険被保険者証 滅失 き損 再交付申請書

① 被保険者証の記号	② 被保険者証の番号	㋐ 被保険者の氏名	③ 生年月日	㋑ 性別	㋒ 資格取得年月日
		(氏) (名)	昭 5 平 7 令 9 年 月 日	男 1 女 2	昭和・平成・令和 年 月 日

㋓ 被保険者の住所	㋔ 備考

◎記入の方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。
◎「※」印欄は記入しないでください。
◎㋐欄の被保険者の印は、被保険者自らが署名した場合に限り、押印は不要とすることができます。
また事業主欄についても、事業主自らが署名したときは、押印は不要となります。

再交付申請の対象となる者

	㋕ 氏名	㋖ 生年月日	㋗ 性別	㋘ 続柄	④ 再交付の原因	㋙ 備考
被保険者	(氏) (名)	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	(氏) (名)	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	
	(氏) (名)	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	
	(氏) (名)	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	
	(氏) (名)	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	

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またはき損することのないよう十分指導いたします。

令和　年　月　日　提出

事業所所在地	〒　－
事業所名称	
事業主氏名	
電話	(　局)　番

健康保険被保険者証を受領いたしました。	
氏名	

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者印	

東京アパレル健康保険組合

〔記入方法〕
1. 表題の「滅失」、「き損」の文字は該当する文字を〇印で囲んでください。
2. ③および㋖欄の年号は、該当する文字を〇印で囲んでください。生年月日は、たとえば昭和３２年２月７日生まれの場合は、

「

昭 5	年		月		日	
平 7	3	2	0	2	0	7
令 9						

」 のように記入してください。

3. ㋑および㋒欄は、該当する性別を〇印で囲んでください。
4. ④欄は、該当する再交付原因を〇印で囲んでください。
5. ㋐欄は、被保険者との続柄を「夫」、「妻」、「父」、「母」、「長男」、「長女」、「祖父」および「祖母」などと詳しく記入してください。

〔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」を添付してください。
2. 健康保険被保険者証を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」を添付してください。