

常務理事	事務長	課長	担当者

健康保険 被保険者証 減失 厚生年金保険 年金手帳 無余白 再交付申請書

① 被保険者の氏名と印	健保 太郎	② 印	③ 性別 男・女	④ 生年月日 昭和 平成 令和	〇〇年〇〇月〇〇日生
⑤ 被保険者の現住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇—〇 (郵便番号) 〇〇〇-〇〇〇〇 方				
⑥ 再交付を受ける健康保険被保険者証の記号と番号(年金整理の記号と番号)	記号	〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇—〇〇	
⑦ 再交付を受ける厚生年金保険被保険者証の記号と番号	記号		番号		
⑧ 現在勤務している事業所の	(イ) 名称	〇〇〇〇〇株式会社			
	(ロ) 所在地	東京都〇〇区〇〇町〇—〇			
	(ハ) 被保険者資格取得年月日	昭和 平成 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
⑨ 厚生年金保険の被保険者資格を最初に取得した事業所の	(イ) 名称				
	(ロ) 所在地				
	(ハ) 被保険者資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
⑩ 年金手帳または厚生年金保険被保険者証滅失の場合はその状況	保険証が入った財布を落とした為				
⑪ 他制度で交付された年金手帳の添付の有無	有 ・ 無				

令和 〇〇年〇〇月〇〇日 提出

⑫ 上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は被保険者証または年金手帳を滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。	※ ②	受付日付印
令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	①	受付日付印
事業所名称 〇〇〇〇〇株式会社		
所在地 〒〇〇〇-〇〇〇〇〇 東京都〇〇区〇〇町〇—〇		
代表者氏名 総務部長 〇〇 〇〇		
電話 〇〇 局( 〇〇〇〇 ) 〇〇〇〇 番		

(注意事項)

- イ、 標題の「健康保険」「厚生年金保険」、「滅失」「き損」「無余白」の文字および③と④は、それぞれ該当する文字を丸でかこんでください。
- ロ、 健康保険の被保険者証および年金手帳について同時に再交付を受けようとするときは、それぞれこの申請書を作成したうえ、左上隅を「のりづけ」して提出してください。
- ハ、 健康保険被保険者証の再交付申請であるときは、⑦、⑨、⑩および⑪、の各欄に「該当せず」と記載し、その他の欄にはそれぞれの事柄をもれなく記載してください。
- ニ、 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）を、き損または無余白となったための再交付申請であるときは、「き損または無余白となった被保険者証」を、この申請書に添付してください。
- ホ、 年金手帳の再交付申請であるときは、①から⑫までの各欄をもれなく記載してください。ただし、現に被保険者の資格がない者が再交付申請をする場合は、⑥、⑧および、⑫の各欄に「該当せず」と記載してください。
- ヘ、 年金手帳または厚生年金被保険者証を滅失したための再交付申請であるときは、この用紙を提出するだけで結構です。き損したための再交付申請であるときは、「き損した年金手帳または厚生年金手帳被保険者証」をこの申請書に添付してください。
- ト、 ※印の欄は、記入しないでください。