

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入下さい。

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日			
	被保険者証の	10 9876543	☒ 昭和 ☐ 平成	52 年	10 月	25 日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ				
	健保 太郎					
住所	(〒 123 - 4568) 愛知 都 道 府 (県) 名古屋市〇〇区▲▼町123番地					
電話番号 (日中の連絡先)	090 (9876) 5432					

再 交 付 が 必 要 な 方	チェック欄	再交付が必要な方の氏名	生年月日	再交付の理由
	☒	被保険者（本人）分		☒ 減失 ☐ き損 ☐ その他（ ）
	（ 必 被 氏 要 扶 名 養 を 場 を 者 記 合 入 の ） 被 保 険 者 証 が		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	☐ 減失 ☐ き損 ☐ その他（ ）
			☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	☐ 減失 ☐ き損 ☐ その他（ ）
			☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	☐ 減失 ☐ き損 ☐ その他（ ）
		☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日 ☐ 令和	☐ 減失 ☐ き損 ☐ その他（ ）	

上記の通り被保険者証の再交付について、申請します。

令和 4 年 8 月 9 日

事 業 主 欄	事業所所在地（〒 ）	ここは空欄のまま勤務先の人事労務担当者へご提出ください。 < RT > 人事労務担当者 → 社労士事務所 → RT健保 < グループ会社 > 人事労務担当者 → RT健保	被保険者（※）の方は 記入は不要です。 任意継続健康保険に 入る方
	事業所名称		
	事業主氏名		
	電話番号		

社会保険労務士の提出代行者名記載欄					受付日付印
常務理事	事務長				