

常務理事	事務長		担当者

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

(注意事項)

・ 申請には必ず始末書の添付が必要となります。
 ・ 被保険者証を盗難等により紛失したときは、早急に警察に届出して下さい。
 ・ き損による再交付申請の場合は、その被保険者証を添付して下さい。

被保険者証 記号・番号	—	被保険者 氏名		性別	男・女	
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	資格取得年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	
被保険者 住所	〒 —					
事業所の	名称					
	所在地					
再交付申請の 対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 <small>※該当する方の□にチェックして下さい。また、被扶養者の方が該当する場合は、右欄に氏名等を記入して下さい。</small>	対象被扶養者	被扶養者氏名	生年月日	性別	続柄
				. .	男・女	
				. .	男・女	
				. .	男・女	
				. .	男・女	
再交付申請の理由	1. 滅失 2. き損 (いずれかに○をして下さい。)					
	滅失・き損した日	平成 令和	年 月 日	滅失・き損した場所		
	滅失・き損したときの状況					
	うえのとおり、被保険者証の再交付を申請いたします。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう保管に留意するとともに 滅失した被保険者証を発見したときはただちに返納いたします。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div>					
	被保険者氏名		Ⓜ			

事業主の証明	うえのとおり、被保険者証を滅失・き損したことに相違ないことを証明します。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう、当事業所の全被保険者 対し、周知徹底をはかります。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div>				
	事業所所在地				
	名称				
	事業主氏名		Ⓜ		
	電話				

志村化工健康保険組合

受 付 印