

常務理事	事務長	課長	係長	担当

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者氏名	ふりがな	住所	電話番号 ()			
	再交付となる健康保険被保険者証について	記号			番号		
		再交付となる健康保険被保険者証の対象者の	氏名	ふりがな		性別	男・女
			生年月日	年 月 日		続柄	
	被保険者証を滅失した場合	滅失した日	年 月 日		滅失した場所		
滅失した場合はその状況	滅失した時の状況						
<p>うえのとおり、被保険者証の再交付を申請します。 なお、今後は被保険者証を滅失又は棄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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 (印)</p>							

事 業 主 の 証 明	<p>うえのとおり、被保険者証を 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又は棄損することのないよう、当事業所の全被保険者に対し、周知徹底をはかります。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">事業所 名称</p> <p style="text-align: center;">事業主 氏名 (印)</p>					

(注意事項)

この届出書一枚につき被保険者証を一枚再交付いたします。
 複数枚を再交付する場合は、この届出書も複数枚必要となります。

受 付 印