

被保険者証 **滅失** 毀損 再交付申請書

健 保 組 合 決 裁 欄			
常務理事	事務局長	係 長	担当者

記入例

被 保 険 者 証 番 号	1030	被 保 険 者	氏 名	大 倉 太 郎	性 別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
			生年月日	昭和 ・ 平成	3 5 年	8 月 1 3 日
			資 格 取 得 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令	6 年 1 0 月 1 日	
再交付を申請する被保険者証の種別	本 人 証 ・ 家 族 証 (被扶養者氏名 大 倉 陽 子)					
再 交 付 理 由 (詳しくご記入ください)	先日、病院に行ったあと保険証がなくなっているのに気づき、探してみたが 行方がわからなくなった。					
<p>上記のとおり 滅失 毀損 再交付を申請します。(紛失した被保険者証を発見した場合は直ちにそれを返却します。)</p> <p style="text-align: right;">令和 元年 5 月 1 3 日</p> <p>大倉工業健康保険組合理事長殿</p> <p style="text-align: right;">住所 香川県丸亀市中津町1234番地の3</p> <p style="text-align: right;">被保険者 氏名 大 倉 太 郎 <input checked="" type="radio"/> 印</p>						
事業主の証明 及び誓約事項	上記の申請について、事実と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毀損することのないよう、指導します。		事業主の 住所・氏名	香川県丸亀市中津町1515番地 <input checked="" type="checkbox"/> 印 大倉工業(株)〇〇工場 工場長 〇〇〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 印		

- (注意)
1. 該当する文字を○で囲むこと。
 2. 滅失及び毀損の場合は始末書を添付すること。
 3. 毀損の場合は、その被保険者証(本人証又は家族証)を添付すること。