

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

被 保 険 者 証 番 号	被 保 険 者	氏 名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	昭和 ・ 平成	年	月 日
		資 格 取 得 年 月 日	昭 ・ 平 ・ 令	年	月 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)				
再 交 付 理 由 (詳しくご記入ください)					
<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 年 月 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 被保険者 氏名 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	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。