

常務理事	事務長	課 長	担 当

健康保険被保険者証〔滅失・き損〕再交付申請書

被 保 険 者 証		記 号		番 号		事業所名						
被 保 険 者	氏 名				性別	男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生	
	住 所	〒										
再交付申請の対象者		氏 名				続 柄		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生
再交付申請理由 (詳細に記入)												
上記の通り被保険者証の再交付を申請します。なお、前被保険者証の滅失によって生ずる一切の事故については、 被保険者と事業主が連帯してその責任を負い、貴組合にご迷惑をかけないことを誓約します。												
令和 年 月 日												
所在地 事業所 名 称 事業主 氏 名						(注) 被保険者証再交付申請が、毀損、滅失の理由によるときは 詳しい理由、証明、またはそれを記した本人始末書を添付 して下さい。(盗難・遺失・焼失・紛失等も添付)						