

平成	年	月	日
常務理事	事務長	係員	

日本発条健康保険組合 理事長 殿

滅失
健康保険被保険者証 き損 再交付申請願

私は今回、自分の不注意により、健康保険被保険者証を滅失・き損してしまいました。
 今後は、保管場所に十分留意し、大切に取扱いますので、健康保険被保険者証の再交付を
 お願いいたします。

記

★再交付手数料 1,000円 (必須)

再交付を受ける健康保険被保険者証の記号・番号				—			
被 保 険 者	氏 名		性 別	男 女	生年 月日	昭和 平成	年 月 日
	住 所						
再交付者の氏名				・被保険者 (いずれかに○印) ・被扶養者(続柄:)			
事 業 所		名 称					
		所 在 地					
		資 格 取 得 年 月 日		昭和・平成 年 月 日			
誓 約	1. 被保険者証が万一悪用されても、健保組合には一切ご迷惑をかけません。 2. 被保険者証が出てきた場合、直ちに返却し二重使用はいたしません。 3. 今後、被保険者証の保管には十分留意し、大事に取扱いをいたします。						Ⓜ
申 請 理 由	(詳しく)						
	★警察届出番号 (必須)			警察署	受理番号		

事 業 主 の 証 明	被保険者 _____ から健康保険被保険者証を 滅失・き損 の申請がありましたので提出いたします。						
	なお、今後は <u>滅失・き損</u> することのないよう十分指導 いたします。						
	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日						
	住所 _____ 事業主 氏名 _____ Ⓜ						

..受付日付印..