

常務理事	事務長	係員

日本発条健康保険組合 理事長 殿

健康保険被保険者証 紛失・き損 再交付申請書

★再交付手数料 1,000円 (申請書に添付)

令和 年 月 日提出

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	生年 月 日	昭和 平成 令和 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・令和 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。		(印)
紛 失 状 況	詳しく (日時や場所なども記入のこと)		
	★必須 警察受理番号	警察署	受理番号

※き損の場合、警察への届出は不要です。き損した保険証を添付して下さい。

事 業 主 の 証 明	被保険者_____から健康保険被保険者証の		
	紛失・き損申請がありましたので提出いたします。		
	今後は、紛失・き損することのないよう十分指導いたします。		
	令和 年 月 日		
	事業所 住 所 事業主 氏 名	(印)	

受付日付印