

| | | | |
|-----|------|------|----|
| 理事長 | 常務理事 | 事務局長 | 担当 |
| | | | |

健康保険(被保険者証・被扶養者証)再交付申請書

| | | |
|-------|------|----|
| 保険証番号 | 社員番号 | 氏名 |
| 記号 番号 | | |
| 住所 | | |
| | | |

再交付の理由 該当するものを○で囲んで、必要事項を記入してください。

- 1、毀損⇒毀損した保険証を添付してください。
- 2、滅失⇒紛失した状況を記入してください。

警察への届け出状況

届け出先(警察署 ・ 派出所 ・ 駐在所)

届け日 (令和 年 月 日)

- 3、その他 (具体的な理由を記入してください。)

申請の対象者

- 1、本人
- 2、家族(氏名)
- 3、家族(氏名)
- 4、家族(氏名)
- 5、家族(氏名)

滅失した場合に署名をお願いします。

念書

上記に記載のとおり、健康保険証を滅失したことに相違ありません。
この健康保険証について万一、事件・事故が起こった場合はすべて自己責任とします。
今後、十分に注意致しますので、再交付をお願いします。
なお、滅失した健康保険証を発見した場合は速やかに返却します。

令和 年 月 日 被保険者氏名

事業主証明

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日 事業主所在地

事業所名

事業主氏名

備考欄