

## 健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	氏名No.	分 室	所 属	被 保 険 者 証		
				記 号	番 号	
	滅失・棄損年月日	平成 年 月 日				
	滅失・棄損した人の氏名					
	滅失・棄損した理由（詳しく）	..... .....				
	<p>上記のとおり健康保険被保険者証が 滅失・棄損 となりましたので、再交付を申請いたします。</p> <p>なお、滅失した被保険者証がみつかりました時は、この再交付分被保険者証をただちにお返しいたします。</p> <p><b>(注意) 棄損による再交付申請の時は、棄損の被保険者証を添付して下さい。</b></p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被保険者 住所</p> <hr style="width: 80%; margin: auto;"/> <p style="text-align: center;">氏名（戸籍名） <span style="float: right;">印</span></p>					

※被保険者記入欄のみご記入ください。

事 業 主 の 証 明	上記記載事項に相違ないことを証明します。	所 在 地 事 業 所 事業主氏名	事業主受付
		印	

健 康 保 険 組 合 処 理 欄	被保険者証再交付可否伺				備 考	再交付被保険者証 の 作 成		
	上記被保険者証再交付申請に対して被保険者証の交付の可否を伺います				健康保険組合受付			
	可 ・ 否							
	理事長	常務理事	主 任	係				