

被保険者証 再交付申請書

健 保 使 用 欄	常務理事	課長	課長代理	主任	担当

太枠の欄は、必ず入力または記入してください。

事業所名	記号	番号	フリガナ	性別
			被保険者名	

フリガナ 再交付者氏名	再交付理由：該当箇所に「レ」してください	減失・盗難場所、き損の理由を記入してください (いつ、どこで、どのような状況なのか)	届出した警察署名
個人番号 ※記号番号を記入した場合は記入不要	上記発生日		盗難届等の受理番号
	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> き損 (和暦) 年 月 日		警察署 第 号
	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> き損 (和暦) 年 月 日		警察署 第 号
	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> き損 (和暦) 年 月 日		警察署 第 号

(兼誓約書) 同意書	上記の内容のとおり、被保険者証を滅失・き損いたしました。今後は十分取り扱いに注意いたします。 なお、滅失した「被保険者証」を発見したときは、廃棄せず、ただちに貴組合に連絡し返納いたします。 盗難・滅失した被保険者証の不正使用によって、貴組合に損害が生じた場合は、その一切の責任を負うことを誓います。
	(和暦) 年 月 日 被保険者名 印 (回転印不可)

受付日付印

【注意事項】

- ①盗難や屋外で滅失した場合は、他人に不正使用される可能性がありますので、必ず、お近くの警察へ「盗難」・「遺失物」として届出してください。
- ②き損した場合は、き損した被保険者証を添付してください。添付できない場合は、その理由も枠内に書いてください。