

被 保 険 者 証 紛 失 再 交 付 伺

		常務理事	事務長	担当者
令和 年 月 日				
下記の健康保険被保険者証再交付申請がありましたので、再交付してよろしいか。				
令 和 年 月 日 受 付	令 和 年 月 日 再 発 行	再交付簿記帳の有無		
受付者	受領印			

被 保 険 者 証 紛 失 再 交 付 申 請 書				
所 属		記号番号		
滅失を知った月日または毀損月日		令和 年 月 日		
滅失・毀損した方の氏名		生 年 月 日	性別	続柄
申請の詳細理由 別紙 (警察受付番号)				
上記のとおり、滅失・毀損したので再交付を申請します。 今後かかる不始末のないよう被保険者証の保管には十分注意いたします。 なお、被保険者証発見の節は、直ちに返納いたします。 滅失により健康保険組合に迷惑をおかけしたときは損害賠償をいたします。 令和 年 月 日 被保険者氏名 印 京葉銀行健康保険組合理事長 殿				
事 業 主 の 証 明 (再交付に関する)		上記のとおり、滅失したことを証明します。 事 業 所 の 所 在 地 名 称 事 業 主 氏 名		