

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書 棄損

常務理事	事務長	担当

健康保険者証の記号	健康保険者証の番号	被 保 険 者 の 氏 名	生 年 月 日	性別	資 格 取 得 年 月 日
		(氏) (名)	昭:5 平:7 年 月 日	男:1 女:2	年 月 日
被 保 険 者 の 住 所			備 考		
〒					
<small>マイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載して下さい。当健保にマイナンバーの届出がない方は、マイナンバーカード(両面写)を添付して下さい。 なお、マイナンバーカードをお持ちでない方は、通知カード(写)またはマイナンバー付きの住民票と運転免許証等の顔写真付きの身分証明(写)を添付して下さい。 <input type="checkbox"/>マイナンバー記載の本申請書提出を事業主へ委任します。(事業主経由にて申請の場合、レ点)</small>					
備考					
誓約	後日被保険者証を発見したときは、ただちに事業主を通じて健康保険組合に返納します。 万一紛失した被保険者証が不正に使用された場合は、私が一切の責任を負います。				

再交付申請の対象者	氏 名		生 年 月 日				性別	続柄	原 因	住 所(上記と同じ場合は省略可)
	(氏)	(名)	昭:5 平:7	年	月	日	男:1 女:2		滅失:1 棄損:2	〒
	(氏)	(名)	昭:5 平:7	年	月	日	男:1 女:2		滅失:1 棄損:2	〒
	(氏)	(名)	昭:5 平:7	年	月	日	男:1 女:2		滅失:1 棄損:2	〒
	(氏)	(名)	昭:5 平:7	年	月	日	男:1 女:2		滅失:1 棄損:2	〒
	(氏)	(名)	昭:5 平:7	年	月	日	男:1 女:2		滅失:1 棄損:2	〒

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付申請がありましたので届出いたします。
 なお、今後は被保険者証を滅失又は棄損することのないよう、被保険者に周知徹底をはかります。

平成 年 月 日

事業所所在地 〒

事業所名称

事業主氏名

中部アイティ産業健康保険組合理事長 殿

備考 ①この申請書には、申請者自筆(ワープロ不可)の始末書(別紙始末書に具体的理由を記入)を添付の事。
 ②被保険者証を棄損の場合は、棄損した被保険者証を添付の事。

印