

常務理事	庶務課長	業務課長	係

## 健康保険被保険者証（滅失・き損）再交付申請書

健康保険被保険者証の記号及び番号		-
被保険者氏名	性別	生 年 月 日
	男 女	昭和 平成 年 月 日
再交付者氏名	続柄	生 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日
		昭和 平成 年 月 日
I. 事業所	名 称	
	所在地	
被保険者証を滅失又はき損した時の状況		(き損のための申請であるときは、き損した被保険者証を添付)
<p>この度、私の不注意により、上に記載しましたとおり健康保険者証を滅失いたしました。今後は、取扱いに充分注意し、万一第三者に渡り悪用された場合は、これに伴う責任は私が一切負いますので、再交付して下さるようお願いいたします。</p> <p>なお、滅失した保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 被保険者 氏 名 <span style="float: right;">(印)</span></p> <p style="text-align: center;">水産連合健康保険組合理事長 殿</p>		

※ 受 付 日

II. 事 業 主 証 明

上記のとおり相違ないことを証明します。  
 なお、今後は被保険者証を滅失(紛失)することのない様全被保険者を対象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 (印)

※印欄は記入しないで下さい

※任意継続被保険者の方は I の記入及び II の証明は不要です。

※被扶養者の場合でも被保険者欄は必ず記入してください。

※盗難による滅失の場合は警察に届け出てください。