

(表 面)

処 理 伺	常務理事	事務長	担当者		事業所
	平成 年 月 日 決裁				

健康保険被保険者証再交付申請書

所属名		所属コード		社員番号	
被保険者の 氏 名	(印)	性 別	生 年	昭 和	年 月 日
		男 ・ 女	月 日	平 成	年 月 日
住 所				連絡先外線 :	
保険証	社内メール				連絡先内線 :
送付先	郵送	〒			
被保険者証の 記号と番号			資格取得 年 月 日	昭 和	年 月 日
勤務している 事 業 所	住 所				
	名 称	<input type="checkbox"/> 大阪本社 <input type="checkbox"/> 東京本社 <input type="checkbox"/> 総研 <input type="checkbox"/> 製鋼所 <input type="checkbox"/> 特殊管 <input type="checkbox"/> 和歌山 <input type="checkbox"/> 鋼鉄 <input type="checkbox"/> 鹿島 <input type="checkbox"/> 小倉 <input type="checkbox"/> 直江津 <input type="checkbox"/> 精密 <input type="checkbox"/> 任意継続 <input type="checkbox"/> その他 ()			
再交付申請 の 事 由	1. 滅 失 (裏面滅失届の通り)				
	2. き 損 - - - - - 被保険者証を添付のこと				
	3. 無 余 白 - - - - - 被保険者証を添付のこと				
再交付する被保険者証の種類	本 証 ・ 遠隔地証 (被扶養者名 :)				
上記の通り申請いたします。					
平成 年 月 日					

受 領 年 月 日	受 領 印
平成 年 月 日	印

- (注) 1. 氏名を本人自ら著名した場合の申請印は不要です。
2. 上記事業所名称欄は、該当する事業所名の口内に、印を記入して下さい。
3. 再発行の事由が滅失の場合は、事後トラブルを予防する理由から必ず警察に「紛失届」を提出して下さい。

(裏面)

健康保険被保険者証滅失届

記号		番号		住所	
滅失年月日	平成	年	月	日	氏名 (印)
滅失理由 (詳細に記載のこと)					
<u>いつ</u>					

<u>何処で</u>					

<u>誰が</u>					

<u>滅失状況</u>					
紛失届 (警察) の届出状況					
届出先名称		届出日	平成	年	月 日
上記理由の通り私の不始末により万一貴組合に対し、損害を及ぼすことがあり ました場合は、いかなる処分を受けても異議なきことを誓約いたします。 また、今後は失うことのないように注意するとともに、失った被保険者証を発 見したときは、ただちにそれをお返しいたします。					
平成 年 月 日					