

健康保険被保険者証（滅失・毀損）再交付申請書

常務理事	事務長	係	整 理 番 号

記 号 ・ 番 号	—	提 出 年 月 日	年 月 日
被保険者氏名		生 年 月 日	昭 平 年 月 日生
再交付者氏名		生 年 月 日	昭 平 年 月 日生
続 柄			令
事 業 所	名 称		
	所 在 地		
被保険者証を 滅失したとき の状況			
(届出警察署名)	() 警察署届出 年 月 日		
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被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、万一第三者に渡し悪用された場合は、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。 なお、滅失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 令和 年 月 日 被保険者 住 所 氏 名 大阪自動車販売店健康保険組合理事長殿			

上記のとおり相違ないことを証明します。
事業所所在地
事業所名称
事業主氏名

受 付 日 付 印

※被扶養者の場合…被保険者欄は必ず記入ください。
※盗難による滅失の場合は警察に届出てください。