

付

滅失

※再交付対象者氏名※(必ず記入の事)

受

印

被保険者証 毀 損 につき再交付申請書

【

(※滅失の場合は、始末書添付の事)

(不要文字は消す)

(則 4 9 の 4 項)

被保険者証の記号と番号		No.	被保険者の 部署名			資格取得年月日		昭和・平成 令和 年 月 日	
事業所の名称 及び所在地		(名称)			(所在地)				
再 交 付 を 申 請 する理由 (詳しく)				滅失の場合は、 その年月日及 び場所	令和 年 月 日	(場所)	警察署名	受理番号	

注 1 滅失で盗難による申請の場合は、被保険者の始末書添付及び警察に届出をされないと再交付できません。

注 2 毀損の場合は被保険者証を添付すること。

滅 失

上記のとおり毀 損いたしましたので健康保険法施行規則第 4 9 条第 4 項の規程により事業主を経由しお届けいたします。

(〒)

令和 年 月 日

住所

被保険者 氏名

生年月日 S. H 年 月 日生

印

大建工業健康保険組合理事長殿

事業主 証明欄	上記被保険者につき詳細調査し事実であることを証明します。					事業所名 事業主代理人					(株)	印
組合 処理欄	交付 決定	令和 年 月 日	常務 理事	印	交付 決定 伺	事実と認められ るから交付して よろしいか	事務長・係	令和 年 月 日	(記事)	関係帳簿整理 証再交付	印	
							印					

始末書

被保険者証の記号と番号

NO

被保険者氏名

印

私は、下記記載の理由により被保険者証を滅失しました。

なお、滅失した被保険者証により事故が生じた場合の責任は、私が負います。

<滅失した理由>