

健康保険資格確認書 滅失
毀損 再交付申請書

常務理事	事務長	健保担当

記号		被保険者	氏名		事業所名	
番号			生年月日	昭和・平成 年 月 日生	所属	
再交付対象者	氏名					
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生				
再交付申請事由の発生日		令和 年 月 日	資格取得年月日		昭和・平成・令和 年 月 日	
再交付申請の詳細事由						

上記の通り【滅失・毀損】に付き以下のものを申請いたします。

A4用紙サイズ (発行手数料：300円/枚)

ハガキサイズ (発行手数料：1000円/枚)

また、滅失した被保険者証による給付対象外の保険事故が発生した場合は、私が責任をもって全額支払う事を誓約いたします。

なお、滅失した被保険者証発見の節は直ちに返却いたします。

令和 年 月 日

被保険者 住所

氏名



クラレ健康保険組合理事長 殿

滅失・毀損に関する事業主の証明	上記申請について事実と相違ないことを証明します。なお、今後、被保険者証の滅失・毀損することのないよう充分指導します。	事業主住所 氏名及び印	
-----------------	--	----------------	--

印