

決議 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者証 高齢受給者証 再交付申請書

交付をうけていた証		被保険者氏名	健保 太郎 印	
記号	〇〇			
対象者氏名	健保 花子		対象者氏名	
対象者氏名			対象者氏名	
対象者氏名			対象者氏名	
＜再交付の事由を詳しく書いてください。＞				
〇月〇日 〇〇〇で〇〇〇をしていたところ、保険証の入った財布を紛失したため。				
被保険者証・高齢受給者証発見のときの誓約事項		上に記載したとおり、 <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 を滅失しましたが、この証を発見したときは、直ちに返納いたします。		
事業主証明	被保険者よりこの再交付申請書が提出されましたが、上記のとおり相違ないことを証明します。			
	年 月 日			
	適用事業所			
	名称	事業主印 又は 代理人印		
この再交付申請書は証を無くしたり、毀損等により、証の再交付を受ける場合に提出してください。 なお、毀損のときは、その証を添付してください。 万一、盗難等に遭われたときは、警察等にお届けください。				健保組合受付印