

健康保険被保険者証再交付申請書

平成××年11月27日

スズキ健康保険組合理事長 殿

次の通りの〔(1) 滅失・(2) き損〕につき再交付の申請をします。

注意事項 必ず事業主の証明を受けてから申請願います。

申請理由が(2) き損 の申請については、被保険者証を添付願います。

被保険者証 記号番号	1 - 33333	被保険者氏名	健保 太郎 印		
被保険者 住所・連絡先	〒431-0000 浜松市中区〇〇町1-1-1 TEL 053-454-0000				
被保険者 生年月日	昭和 平成 ××年 9月10日	資格取得 年月日	昭和 平成 ××年 4月 1日		
事業所名称	スズキ株式会社	所属(略称)	株式会社スズキ自販〇〇		
再交付に 関する 事項	対象者氏名	生年月日	性別	被保険者 との続柄	再交付区分
	健保 太郎	昭和 平成 ××年 9月10日	男	本人	滅失・き損
		昭和 平成 年 月 日			滅失・き損
		昭和 平成 年 月 日			滅失・き損
申請事由	状況を詳しく記入してください。 病院へ行った後、保険証をしまおうと思ったら、 見当たらなかった。		警察届出	【滅失の方記入】 届出日: 11月25日 有・無 届出署: 浜松中央警察署 *盗難や自宅以外の場所で滅失した場合は、警察へ 届出をお願いします。	
滅失・き損に 関する誓約	今般、私の不注意により被保険者証を滅失またはき損しました。 今後の使用・保管については十分に注意いたします。 また、滅失した被保険者証を発見した場合は、直ちに返納します。 (※(2) き損は3行目を抹消してください。)				

滅失・き損に 関する事業主 の証明	上記の被保険者から被保険者証の再交付申請がありましたので提出いたします。 なお、今後は滅失またはき損することがないように十分指導いたします。 平成××年11月27日 住 所 静岡県浜松市南区高塚町 300 事業主 事業所名 スズキ株式会社 代表取締役 〇〇 〇〇 印				
-------------------------	--	--	--	--	--

健保欄	担 当	事務長	常務理事
-----	-----	-----	------