

健康保険被保険者証再交付申請書

平成 年 月 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	—	被保険者氏名	㊟			
被保険者 住所・連絡先	〒		TEL			
被保険者 生年月日	昭和 平成	年 月 日	資格取得 年 月 日	昭和 平成	年 月 日	
事業所名称			所属(略称)			
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	
		昭和 平成	年 月 日			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。		警 察 届 出	【滅失の方記入】 届出日: 月 日 有・無 届出署: *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 月 日 住 所 事業主 事業所名 ㊟
-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

健 保 欄	担 当	事務長	常務理事
-------------	-----	-----	------