

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 性別	男 ・ 女	被保険者 生年月日	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	滅失・き損 した者の氏名	被保険者 との続柄	再交付理由 発生日
			平成 年 月 日
			平成 年 月 日
			平成 年 月 日
			再交付申請理由(詳しく記入してください)
滅失・き損に 関する誓約	<p>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、直ちに発見した被保険者証を返納します。 (※(2) き損は3行目を抹消してください。)</p>		

滅失・き損に 関する事業主 の証明	<p>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。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 事業主 事業所名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>
-------------------------	---

再交付 決定伺	交付番号	第	担 当	課 長	事務長	常務理事
	再交付年月日	平成 年 月 日				