

交付日	令和 年 月 日
回収日	令和 年 月 日

決裁日	令和 年 月 日		
常務理事	事務長	担当者	担当者

12

健康保険 被保険者証

滅失
き損

再交付申請書

北越コーポレーション健康保険組合 御中 令和 年 月 日 提出

被 保 険 者 が 記 入 し て く だ さ い	被保険者証の記号番号			被保険者 氏名		
	被保険者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		被保険者 資格取得日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	被保険者の現住所	〒 -		TEL		
	再交付する被保険者証	・本人 ・家族		家族の場合 の被扶養者 氏名		
	再交付を申請する理由 (詳細に記入のこと)	滅失・き損 した日	平成・令和 年 月 日	滅失・き損 した場所		
<p>※滅失の場合の誓約</p> <p>上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、滅失していた被保険者証が見つかったときは、速やかに返納致します。 また、滅失した被保険者証が他に不正使用された場合の一切の責任を負い、貴組合に対して迷惑をかけることを誓約致します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>被保険者名 印</p>						

北越コーポレーション(株)使用欄		新潟	長岡	市川	勝田	紀州	大阪	本社
事 業 主 の 証 明	上記のとおり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します。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう十分指導致します。						受付印	
	令和 年 月 日							
	事業所所在地							
	事業主名							
	電話番号							