

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 再交付申請書

滅失 申請

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	北越 太郎
	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	〒●●●●-●●●● 東京都●●区●●町1-1-1		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	北越 太郎
	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	最寄りの駅から自宅までの間
<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ないことを誓約致します。</p> <p>令和●●年 ●●月 ●●日</p> <p>住 所 東京都●●区●●町1-1-1</p> <p>被保険者名 北越 太郎 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	<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>事業所所在地</p> <p>事業主名</p> <p>電話番号</p>
	<p>受 付 印</p>