

健康保険被保険者証滅失・再交付申請書

決		済		
理事長	常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険 被保険者 記号番号		被保険者	氏名		男 女
			大・昭・平	年	月
再 発 行 対 象 者 氏 名					
申 請 の 理 由	紛失等		滅失		
上記のとおり申請致しますので再交付をお願いします。 <div style="text-align: right;">住所</div> 年 月 日 被保険者 <div style="text-align: right;">氏名</div>					
誓 約 書					
上記の被保険者証は本人始末書（事由）のとおり滅失したことを証明するとともに、滅失被保険者証入手の上は必ず返却するは勿論不正使用等により生ずる損害は事業主に於て一切を補償することを契約する。 <div style="text-align: right;">事業所所在地</div> <div style="text-align: right;">事業所名称</div> <div style="text-align: right;">事業主氏名</div> 麻生健康保険組合理事長殿					

始 末 書

1. 滅失被保険者証記号及番号

1. 滅 失 年 月 日 年 月 日

1. 滅失事由（詳細に記載のこと）

上記事由のとおり私の不始末により万一組合に対し損害を及すが如き事がありました場合は如何なる処分を受けても異議はありません。

年 月 日

住所
被保険者
氏名