

※免許証の写し又は、住民票を添付して下さい。

旧被保険者証添付	有 ・ 無
申請理由	滅失 毀損
資格取得日	昭和 平成 年 月 日

受付日	平成 年 月 日		
再交付年月日	平成 年 月 日		
交付決議書			
常務理事	事務長		担当者

被 保 険 者 証 再 交 付 願

平成 年 月 日

健康保険組合理事長 殿

住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇
被保険者: 大阪市北区〇〇〇-〇-〇

氏名 健康 一郎 (印)印

下記のとおり

〔 被保険者証 ・ 高齢受給者証
限度額適用認定証 〕

滅失
毀損 によりお届けします。

再交付願います。

()

被保険者証の 記号と番号	記号 〇〇	再交付を希望 される保険証方のお 名前と続柄	氏名 健康 一郎
	番号 〇〇〇〇		続柄 本人
被保険者が勤務の 部署名称・Tel番号	部署名称 〇〇〇部〇〇〇〇課 Tel 〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇		
再交付の事由 (ご家族のどのような事 由であるかを記載下さ い。)	〇年〇月〇日〇時ごろ、〇〇区の〇〇〇百貨店において、買い物中に カード入れとともに落とし、紛失しました		
上記の届出のとおり相違ありません。			
平成 年 月 日			
事業主 印			

※ 滅失による再交付の時は、滅失届と再交付願の両方を提出して下さい。

※ 毀損による再交付の時は、毀損した保険証を添付して下さい。

※ 盗難や外で滅失された方は、悪用の恐れもありますので念のため最寄の交番へもお届け下さい。

※ 上記、事業主(日本ハルビジ 社/江東京人事サービス課)の証明が必要となりますので、事業主経由で送付下さい。

※ 被保険者証の再発行手数料¥1000は、後日給与天引きいたします。