

常務理事	事務長	次長	合議	係

健康保険 被保険者証

滅失
き損

再交付申請書

※ 記入方法は裏面に書いてありますからよく読んでください。

①被保険者証の記号・番号		② 被 保 険 者 氏 名		③ 生 年 月 日		④性別	
1234 5		(氏) 健 保 (名) 太 郎		昭.5 年 月 日 平.7 5 6 4 1		男.1 女.2	
⑤ 資格取得年月日		⑥ 資格喪失年月日		⑦ 被保険者住所			
昭和 年 月 日 平成 1 6 4 1		昭和 年 月 日 平成		〒 123 - 4567 〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 2 - 3 電話番号 123 (456) 7890			
⑧ 対 象 者 の 氏 名		⑨ 生 年 月 日		⑩性別	⑪続柄	⑫再 交 付 の 原 因	⑬資格喪失日 もしくは削除日
(氏) 健 保 (名) 一 郎		昭.5 年 月 日 平.7 2 0 4 1		男.1 女.2	長男	滅失 き損	年 月 日
(氏) (名)		昭.5 年 月 日 平.7		男.1 女.2		滅失 き損	年 月 日
(氏) (名)		昭.5 年 月 日 平.7		男.1 女.2		滅失 き損	年 月 日
(氏) (名)		昭.5 年 月 日 平.7		男.1 女.2		滅失 き損	年 月 日
(氏) (名)		昭.5 年 月 日 平.7		男.1 女.2		滅失 き損	年 月 日
⑭再交付理由欄							
病院の帰りに落としてしまった (警察には届出済み)							
詳細をご記入いただく様、お願いします。							
⑮ (滅失の場合は記入) 誓 約 書							
このたび健康保険被保険者証を滅失してしまいましたが、後日発見した時は直ちに返納いたします。なお、滅失した被保険者証が不正に使用され、損害が発生した場合は私が一切の損害を補償することを誓約いたします。							
上記のとおり届出いたします。							
平成 21年 10月 1日							
住所 〇〇県〇〇市〇〇町 1 - 2 - 3							
(被保険者) 氏名 健 保 太 郎							
⑯事業主の証明欄							
上記の者が健康保険被保険者証を滅失 (き損) したことを証明します。なお、今後は滅失 (き損) することのないよう十分指導いたします。							
平成 21年 10月 1日							
事業所所在地 ○ ○ ○ ○							
事業所名称 ○ ○ ○ ○							
滋賀県農協健康保険組合理事長 様 事業主氏名 ○ ○ ○ ○							

確認決定印

受付印

