

常務理事	事務長	担当

事由を選択

滅失
 健康保険被保険者証 き損 再交付申請書
 無余白

健康保険記号番号	10-101010		
被保険者氏名	健保 太郎	被扶養者の有無	有 無 入社日と同じ
生年月日	S45年1月25日生	資格取得年月日	H2年4月1日
事業所名	オムロン株式会社	事業所所在地	(K)
再交付申請理由 発生年月日	H22年5月3日	紛失の場合場所	〇〇百貨店
再交付申請事由 (詳しく)	買い物の途中で紛失に気が付いた。自宅を探したが見つからなかった。 (警察届出日 H22年5月4日)		

「滅失」で申請は
事前に必ず警察に届けてください

上記により被保険者証再交付方申請します。

書類の提出日

紛失の場合、後日健保証を発見した時は、直ちに返納します。
平成 22年 5月 6日

被保険者 住所 京都市下京区塩小路通堀川東入南不動堂町 801
氏名 健保 太郎
オムロン健康保険組合理事長 殿

印

朱印を忘れずに

事業主証明

上記のとおり被保険者から健康保険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紛失またはき損することのないよう十分指導いたします。

平成 年 月 日

お勤めの会社の総務担当者が
記載する欄です

住所

事業主 氏名 印

- 注: 1. 被保険者証を“紛失”した場合は必ず警察に届けてください。
 2. “き損”または“無余白”になった場合はその健保証を添付して下さい。
 3. 再交付申請事由はなるべく詳細に記入し、住所・氏名は必ず自署して下さい。