

健康保険被保険者証  滅失  
 き損  
 滅失届

再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

提出日 年 月 日

被保険者証記号・番号	記号	番号
会社名	勤務地	
被保険者住所	フリガナ	
被保険者氏名	☎電話番号	

再交付必要の有無を○で囲んでください

再交付・ 滅失対象者欄	氏名	生年月日	続柄 (長男・長女等)	性別	【再交付】
		S・H・R	・		男・女
	S・H・R	・		男・女	要・不要
	S・H・R	・		男・女	要・不要
	S・H・R	・		男・女	要・不要
	S・H・R	・		男・女	要・不要
	S・H・R	・		男・女	要・不要
	S・H・R	・		男・女	要・不要

再交付を希望,又は滅失した理由  
(滅失した場所やき損させた理由などをできるだけ詳しく記入してください)

太陽誘電健康保険組合 理事長殿 <b>誓約書</b> <small>(本欄は被保険者が記入捺印する。き損の場合は不要。き損した保険証は要返却)</small>	貴組合発行の私を被保険者とする被保険者証を滅失致しましたのでお届けいたします。 滅失した保険者証により万一事故が発生した場合は貴組合にはご負担をおかけしない事を誓約致します。 又、後日滅失した保険者証を発見致しました場合は直ちに返納致します。 <small>(健康保険法第58条第1項による)</small> 被保険者氏名 _____
--	---

警察等への届出 届けた( 年 月 日) ・ 届けない

(事業主証明欄) …任意継続は空欄です。(任意継続者は直接健康保険組合へ提出)

上記のとおり被保険者から届出・申請がありましたので提出し、滅失・き損に相違ない事を証明いたします。なお、今後再びこのことが無いよう充分指導致します。

事業所所在地  
 事業所名称  
 事業主氏名  
 電話

受付印

\*提出経路【 本人記入 ⇒ 事業主(総務等の事業所担当) ⇒ 健康保険組合 】