

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書
き損

伺年月日			
常務理事	事務長	係	係

被保険者の 記号番号	記号 番号	被保険者の氏名 生年月日	昭・平 年 月 日
事業所名称		資格取得年月日	
所在地		昭和 平成	年 月 日

再交付申請の対象となる者	氏名	生年月日	性別	続柄	滅失又はき損の理由(具体的に)
		昭平 年 月 日	男女		
		昭平 年 月 日	男女		
		昭平 年 月 日	男女		
		昭平 年 月 日	男女		
		昭平 年 月 日	男女		

上記の通り申請致しますから再交付方お願い致します。

平成 年 月 日

被保険者住所

氏名及び印

三重県自動車販売健康保険組合理事長 様

上記の通り被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。なお、今後は被保険者証を滅失または、き損することのないよう充分指導いたします。

事業主所在地

事業所名称

事業主氏名

誓約書

健康保険被保険者証については、今後絶対に紛失しないよう注意すると共に万一紛失被保険者証により、受診資格なきものが受診したる場合の診療費その他これによる損害全部は責任をもって賠償に応ずることを誓約します。

平成 年 月 日

三重県自動車販売健康保険組合理事長 様

被保険者住所

氏名及び印