

健康保険被保険者証 滅失届 兼 再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

記号 〇〇〇	番号 〇〇〇〇	被保険者の氏名 健保 太郎 印	生年月日 S H 〇〇年〇〇月〇〇日
-----------	------------	--------------------	--------------------------

被保険者の住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1
---------	---------------------------

申請理由	I. 紛失・盗難・消失・その他( ) II. き損 ...この場合は該当カードを添付して下さい。
------	---

届出または申請をする対象者 (本人の場合も記入して下さい。)	氏名	生年月日	続柄	性別	再交付
	健保 愛子	S・H 〇〇年〇〇月〇〇日	妻	男・女	要・不要
		S・H 年 月 日		男・女	要・不要
		S・H 年 月 日		男・女	要・不要
		S・H 年 月 日		男・女	要・不要
		S・H 年 月 日		男・女	要・不要

紛失・盗難 の状況	年月日	H〇〇年〇〇月〇〇日
	場所	〇〇病院からの帰宅途中
	状況を詳しく記入してください。	〇〇病院からの帰宅途中に保険証の入った財布を落としてしまいました。
	対応処置(届出等)	最寄の警察署に届けました。
	紛失・盗難届	届出日 H〇〇年〇〇月〇〇日 警察署名 〇〇警察署 受理番号 〇〇〇〇〇

誓約書 ・本欄は被保険者が記入捺印。 ・き損の場合は、記入不要。	パイロット健康保険組合 理事長 殿 上記の通り、健康保険被保険者証を滅失しましたのでお届けいたします。 滅失したカード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いたします。 今後は再発しないように管理を徹底するとともに、被保険者証を発見した場合は遅滞なく返納いたします。 被保険者氏名 健保 太郎 健保印
--	---

※再発行手数料として、原則として1枚につき、500円をご負担いただきます。 平成 年 月 日 提出

(事業主証明欄)

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いたします。滅失・き損に相違ないことを証明いたします。尚、今後 再びこのようなことが無いよう 十分指導いたします。

受付日付印

事業所所在地 〒	
事業所名称	印
事業主氏名	
電話 ( )	—