

健康保険被保険者証 滅失
き損 再交付申請書

常務理事	事務長	調査役	業務係長	係	再交付年月日
					平成 年 月 日

健康保険被保険者証の 記号		被保険者氏名	生年月日		性別	資格取得年月日
番号			明大昭平	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	再交付の原因
	明大昭平 年 月 日	男女		
	明大昭平 年 月 日	男女		
	明大昭平 年 月 日	男女		

滅失
上記のとおり き損 につき再交付を申請する。

以後は被保険者証の保管に十分注意します。
尚、旧被保険者証発見の節は直ちに返納いたします。

平成 年 月 日

〒 -
被保険者住所

氏名

西日本パッケージング健康保険組合 殿

事業主の証明	上の申請について事実相違ないことを証明します。
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	

き損の場合は、旧被保険者証を必ず添付してください。
滅失および紛失の場合は、始末書を添付してください。
この届書のためにご提供いただきました個人情報は、上記の目的で使用させていただきます。当該目的以外で使用することはありません。

始 末 書

事業所名

被保険者証 記号・番号

被保険者氏名

生 年 月 日 年 月 日

私儀、 年 月 日（推定）健康保険被保険者証を に於いて紛失しましたのでお届け致します。

証紛失につきましては全く自己の不注意によるものと考え、もし紛失証にて不正使用された場合、療養費に関しては一切自己の責任をとり、貴組合には御迷惑はおかけ致しません。

年 月 日

被保険者氏名

誓約に基づき被保険者にて責任を取り得ない場合は、当社に於いて一切の責任をとります。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名