

常務理事	事務長	担当者

## 健康保険被保険者証再交付申請書(滅失・き損)

被保険者名		男・女	生年月日	年 月 日
現住所				
現在勤務 している 会社	名称	(店名 : )		
	所在地			
	資格取得日	年 月 日		
再交付を受ける 健康保険証の記号番号等	(記号)	(番号)		
	(社員番号)			
	(再交付を受ける該当者名)			
再交付を うける理由 (滅失の場合は 必ず記入して 下さい。)				
事業主の  証 明	<p>上記の者は健康保険被保険者証を滅失・き損したことに相違ないことを証明します。          なお、今後は健康保険被保険者証の取扱いについて十分注意するように被保険者の指導を徹底します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業主 所在地 氏 名</p>			

(注) [き損] による再交付申請であるときは、[き損となった被保険者証] を添付して下さい。

平和堂健康保険組合理事長殿