

被保険者証 返納年月日	令和 年 月 日
----------------	----------

常務理事	事務長	担当者	

健康保険 被保険者証 滅失・き損 再交付申請書

被 保 険 者 欄	被保険者証の 記号・番号		事業所名称	
	被保険者氏名	フリガナ	被保険者の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
	被保険者の 現住所	〒 () 電話 ()		
	資格取得年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	再交付の原因	<input type="checkbox"/> 滅失 ・ <input type="checkbox"/> き損
再交付する被保険者証【該当者】について				
氏名	フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和	続柄
滅失又はき損 したときの状況 (詳しく)				

本欄は被保険者が自署	<p>うえに記載のとおり被保険者証を 滅失・き損 しました。</p> <p>今後はかかる事態発生なきよう十分に注意いたします。なお、滅失した被保険者証により万一事故が発生した場合、貴組合には一切ご負担をお掛けしません。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>野村健康保険組合 御中</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 _____</p>
------------	--

上記のとおり被保険者から被保険者証の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又はき損することのないよう十分指導いたします。	
事業所所在地	令和 年 月 日
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	()

受 付 印

※滅失した保険証を発見した場合は、再交付した保険証を返納してください。