

理事長	常務理事	事務長	担当者

健康保険被保険者証紛失・再交付申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者の	記号・番号	**・****		事業所名	株式会社●●●●		
		氏名	○○ ○○	性別	男	生年月日	昭 平 令	○○ 年 △ 月 □ 日
		住所	●●市●●区●●*丁目**ー**					
	再交付該当者氏名	○○ ○○				続柄	○	
	再交付申請の理由 (詳しく)	【発生日】 令和○○年○月○日 【場 所】 △△デパート 【状 況】 買い物の際に、財布ごと落としたようです。 思い当たるところを探しましたが、みつかりません。 * 紛失した場合は警察署への届出をお勧めします。 * 紛失した保険証が見つかった場合は、健保へ速やかにご返却ください。						
事 業 主 が 記 入 す る と こ ろ	誓 約 書 今後このようなことがないよう、保険証の取り扱いに十分注意します。 また、第三者の不正使用により損害が生じた場合は、責任をもって私がその費用を弁済致します。 令和 △△ 年 △ 月 △ 日 被保険者名 ○○ ○○							
	上記のとおり、被保険者から再交付の申請がありましたので届出いたします。 今後このようなことがないよう、取り扱いについて指導いたします。 令和 □□ 年 □ 月 □ 日 事業所名 株式会社●●●● 事業主名 △△ △△							

※再交付申請には発行手数料として1枚につき500円が必要です。再交付申請書に現金500円を添え申請して下さい。お振込みご希望の方は下記にお願い致します。(振込手数料は各自負担となります)

福岡銀行 天神町支店 普通預金 No. 103714
口座名義 西日本新聞社健康保険組合

受 付 印