

常務理事	事務長	係

健康保険 被保険者証（紛失・破損）再交付申請書

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証	記号 番号	被保険者 氏 名	性別 男・女			
	工場・所属	生年月日		昭和 平成 年 月 日			
	再交付の該当者 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 被保険者					
		<input type="checkbox"/> 被扶養者	氏名	男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日	続柄
	再交付申請事由 (該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 紛失 ※注1 <input type="checkbox"/> 破損 ※注2 <input type="checkbox"/> その他 ()					
		※注1 再交付手数料300円。(振込手数料は個人負担) ※注2 破損した保険証を添付してください。再交付手数料は不要。					
	再交付詳細事由	【理由の発生日】	年 月 日				
		【発生場所】					
		【再交付の詳細事由 紛失事由】 できるだけ詳しく記入					
	盗難及び紛失 した場合記入	【届出年月日】	年 月 日				
	【所轄警察署】						
	【被害届受付番号】						
上記のとおり再交付を申請いたします。 なお、紛失については、以後被保険者証の保管につき十分注意するとともに 旧被保険者証を発見した時は、直ちに返納いたします。また、旧被保険者証の 不正使用などで生じた損害の一切は私が保証します。 令和 年 月 日 フタバ産業健康保険組合理事長 殿 住所 _____ 被保険者 氏名 _____ 印							

事 業 主 証 明 欄	被保険者（被扶養者） _____ は、被保険者証を紛失・破損・その他 _____ したことを証明いたします。今後、紛失・破損することのないように、その取扱いについて 被保険者に注意の徹底を図ります。 令和 年 月 日			
	所在地			
	事業所 名称	印		
	事業主名			