常務理事	事務長	担　当

健康保険被保険者証　滅失･き損　再交付申請書

提出日	年　　月　　日

被保険者証 記号番号	記号 番号	被保険者 氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男　女	所属及び 部署名	電話　（　　）
被保険者 住　所	〒								電話	（　　）		

＊該当するものに〇をしてください。	再交付を	1. 希望する　　2. 希望しない	該当者	1. 被保険者分　　2. 被扶養者分
	提出理由	1. 滅　失（ 紛失 ・ 盗難 ・ 不明 ）　　2. き　損　　3. その他（　　）		

該当者が被扶養者の場合記入	①	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	続柄		備考	
	②	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	続柄		備考	
	③	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	続柄		備考	

滅失又はき損したときのその状況	**※必ずご記入ください。**				
警察への届出状況	有　・　無	届出先	警察署	届出日	年　　月　　日

◎き損による再交付の場合は、必ず被保険者証を添付してください。
◎任意継続の方は申請者本人の確認ができる書類
（運転免許証やパスポートの写しなど）を添付してください。

受付日付印

事業主の証明	
	上記のとおり、被保険者から被保険者証の再交付または滅失の申請がありましたので、提出いたします。 なお、再交付を受けた被保険者証について、今後は滅失･き損することのないよう十分指導いたします。
	年　　月　　日 事務所所在地 事務所名称 事業主氏名 電　　話

大気社グループ健康保険組合