

| | | |
|------|-----|-----|
| 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)

| | | | | |
|--------------------------|---|----------------|---------------------|-----|
| 被保険者証 記号・番号 | 記号 — | 番号 | 事業所 (勤務先) の名称 | |
| 被保険者の 氏名 | | | | |
| 再交付が必要 な保険証は | 本人 ・ 家族 (氏名: 分) | | | |
| | 生年月日 | 昭和 平成 令和 | 年 | 月 日 |
| 届出の事由 (詳しくご記入 下さい) | | | | |
| 誓 約 | 被保険者証につき悪用(サラリーローンや医療費の不正請求等)された場合 貴組合に対し一切の賠償責任を負うことを確約いたします。 | | | |
| 上記により再交付をお願いします。 | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | |
| 大和ハウス工業健康保険組合理事長殿 | | | | |

| |
|--|
| 上記の通り被保険者から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またはき損することのないよう十分指導致します。 |
| 事業所所在地 |
| 事業所名称 |
| 事業主氏名 |

| |
|-------|
| 受付日付印 |
| |

注 * き損の場合は、その保険者証カードを添付願います。
意 * 被保険者証の再交付を受けた後、滅失した被保険者証が発見された場合は、その発見された被保険者
証を健康保険組合へ至急提出願います。
項 * 滅失またはき損された被保険者証は、記号・番号を停止・変更することはできません。