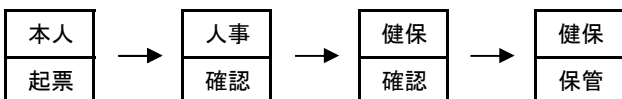


健康保険被保険者証再交付申請書

被保険者証		被保険者氏名		事業所の名称		
記号	番号	⑩		株式会社		
				営業所・店		
				部・課		
被保険者証の資格取得年月日 (入社年月日)		平成 令和	年 月 日	申請の種類		
被保険者証の種類		1. 健康保険被保険者証 2. 高齢受給者証				
再交付対象者	氏名		続柄	届出内容記入欄	届出警察署	警察署(交番)
					届出日	令和 年 月 日
					届出受理番号	No.
滅失に至った経緯	いつ・どのように保管していて・どうなったために滅失・毀損したのかを具体的にご記入ください。					
備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)					
<p>大東建託健康保険組合理事長 殿</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>上記に記載したとおり、被保険者証を滅失・毀損しましたが、今後は充分取扱いに注意いたします。 なお、紛失した被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。 万一、紛失しました被保険者証にて、会社および健康保険組合に対して損害を与えた場合には、 一切の責任をもって賠償いたします。 また、再交付費用として、1枚300円を給与から控除することを委任いたします。</p> <p style="text-align: center;">〒 - 都道 府県</p> <p>被保険者の現住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ ⑩</p>						
事業所所在地 事業所名称 事業主氏名				⑩	受付日付印	

社会保険労務士の提出代行者印	⑩
----------------	---

※毀損の場合は、被保険者証を必ず添付してください。



常務理事	事務長	担当