

理事長	常務理事	事務長	係

健康保険 被保険者証（カード証） 滅失・毀損届 再交付申請書

⑦ 被保険者 記号・番号	—	① 被保険者 氏名		⑦ 性別	男・女	⑤ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日			
④ 事業所名称 所在地 (所属職場名)	虹技株式会社		姫路市大津区勘兵衛町4-1	⑦ 資格取得年月日			昭和 平成 令和	年	月	日			
⑥ 滅失・毀損 再交付を 受ける者の氏名		⑦ 続柄		⑦ 生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	③ 滅失・毀 損した 年月日	平成 令和	年	月	日
⑧ 再交付申請の 詳細事由※				⑨ 備考									

上記のとおり 滅失・毀損 の届出、再交付の申請 を（費用 300円を添えて）いたします。

今後 被保険証の保管については充分注意すると共に滅失した旧保険者証を発見した節は直ちに返納いたします。

令和 年 月 日 提出

(被保険者)

住 所

氏名・印

虹技健康保険組合理事長 殿

⑩

※ 注意

1. 毀損の場合は被保険者証を必ず添付すること。
2. 滅失・盗難の場合には、滅失に関する明確なる証明書、あるいは滅失の事由書、本人の始末書等を必ず添付すること。
* 警察署に届出をし、その届出場所と番号を備考欄に記載すること。

事業主の証明	上記事由のとおり 滅失・毀損 の届 けがあり、調査の結果、相違ないもの と認められる。	再交付費用 徴収の可否	人事担当者 徴収年月日	健保受付（再交付 費用収納）年月日
所在地・名称		徴収・否		
氏名・印	⑪			