

決議 年 月 日

常務理事	事務長	担当者

健康保険 被保険者証 (高齡受給者証) 再交付申請書

交付を受けていた証		被保険者 氏 名	健保 太郎 ⑩	
記号	〇〇		番号	〇〇〇〇〇
対象者氏名	健保 花子		対象者氏名	
対象者氏名			対象者氏名	
対象者氏名			対象者氏名	
<再交付の事由をくわしく書いて下さい。>				
〇月〇日 〇〇〇で〇〇〇をしていたところ、保険証の入った財布を紛失した為。				
				所属長印
被保険者証（高齡受給者証）発見のときの誓約事項		上に記載したとおり被保険者証（高齡受給者証）を滅失しましたが、この証を発見したときは、ただちに返納いたします。		
事業主証明	被保険者よりこの再交付申請書が提出されましたが、上記のとおり相違ないことを証明します。			
	年 月 日			
	適用事業所			
	名称	担当部署 責任者印		
この再交付申請書は証をなくしたり、き損等により、証の再交付をもとめる場合に提出して下さい。 尚、き損のときは、その証を添付して下さい。 万一、盗難等に遭われたときは、警察等にお届け下さい。				健保組合 受付印