

常務理事	事務長	係

健康保険 被保険者証 (滅失・棄損) 再交付申請書
高齢受給者証

被 保 険 者 証 記 入 欄	被保険者証 記号番号	記号		事業所名称		
		番号		所 属		
	被保険者 氏名			男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	申請対象者	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(家族) *該当する方に☑をつけてください 被扶養者の場合は氏名を記入してください		被扶養者氏名	被扶養者氏名	
	再交付 申請事由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 棄損(証添付) *該当する項目に☑をつけてください		事由発生日	令和 年 月 日	
	(状況を詳細に)					
警察への 届出状況	<input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済	届出日時	届出先	受付番号		
	令和 年 月 日					
<p>念書</p> <p>上記に記載のとおり、再交付を申請いたします。</p> <p>この被保険者証等により、万一事件や事故が起こった場合は、すべて自己責任にて対応いたします。</p> <p>なお、紛失による被保険者証等を発見したときは、直ちに返納致します。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 - 都道 府県</p> <p>被保険者 現住所 _____ 電話 () _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">日産化学健康保険組合 理事長 殿</p>						

【注】健康保険被保険者証はクレジットカード等のように効力を止めたりすることができません。大切に保管してください。

事 業 主 証 明 欄	上記内容について証明いたします。	令和 年 月 日
	所在地	
	事業所名称	
	事業主名	

日産化学健康保険組合

決裁日付印	受付日付印