

常務理事	事務長	課長	係長	主任	係員

健康保険被保険者証 滅失 再交付申請書

被保険者欄	記号・番号		氏名・性別	男 女	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 -				

再交付を申請する方	氏名	生年月日	性別	続柄	滅失又は毀損の理由（詳しく記入してください。）
		昭・平・令 年 月 日	男・女		
		昭・平・令 年 月 日	男・女		
		昭・平・令 年 月 日	男・女		

滅失の場合に記入	<h2>誓約書</h2>
	<p>東海地区石油業健康保険組合理事長 殿</p> <p>このたび、健康保険被保険者証を滅失してしまいましたが、今後このようなことがないように十分注意し、滅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。</p> <p>なお、滅失した被保険者証の不正使用が発生した場合は、その損害の一切を私が補填することを誓約いたします。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 被保険者氏名</p>

上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の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又は、き損することがないように十分指導いたします	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名 事業所電話
--	-----------------------------------

※被保険者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。
被保険者証の記号番号を記載された場合は不要です。（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。）

備考欄	
-----	--

※注意 被保険者証を滅失・き損のため再交付を受けるときの様式です。き損の場合はその被保険者証を必ず添付してください。