

正 副

被保険者証滅失・再交付申請書

(本書には副として必ずコピーを添付してください)

再交付理由が毀損の場合は被保険者証を添付してください。

被 保 險 者	被保険者証の 記号・番号	記号				番号	(右づめ) 				滅 失 ま た は 再 交 付 希 望 の 被 保 険 者 証	氏 名	生 年 月 日	続柄	再交付 の必要	
	氏 名											明 昭 大 平	年 月 日		有・無	
紛 失 ・ 毀 損 の 理 由	住 所											明 昭 大 平	年 月 日		有・無	
	紛失、毀損した年月日と場所(わかる範囲で)	平成 年 月 日 場所										明 昭 大 平	年 月 日		有・無	
紛失・毀損の理由	紛失、毀損に至った状況(できるだけ詳細に記入してください)											手 続 き に つ い て	カード被保険者証の再交付には1申請ごとに1,000円(税込)の手数料がかかります。 額面1,000円の定額小為替証書を郵便局で購入(郵便局の手数料が別途必要です)したうえ、署名等をしないで、そのまま本紙とともに事業主に提出してください。 再交付するに当たり、被保険者証の記号・番号は変わりません。 紛失・盗難の場合は、必ず警察へ届け出てください。			
	被保険者証を紛失、又は毀損しましたが今後は十分注意します。 紛失した被保険者証を発見した時は、ただちに返納します。 被保険者署名・捺印 _____											健 保 記 入 欄	再交付手数料として金1,000円を領収いたしました。	領 収 印		

事業所所在地	〒	上記のとおり届出します。 平成 年 月 日
事業所名称		
事業主氏名印		
電 話		

受付日付印

三井健康保険組合