

被 保 険 者 証 滅 失 ( き 損 ) 届  
再 交 付 申 請 書

- (注) 1. 被保険者証を滅失したが、退職者または被保険者証更改時などであるため再発行を必要としない時は、滅失届とすること。  
2. き損で再交付申請をする場合は、該当者の被保険者証を添付してください。

令和 年 月 日 提出

事業主証明欄	下記の申請について事実相違ないことを証明します。	
	事業所所在地	【事業所署名判押印のこと】
	事業所名称	
事業主氏名 (部店長名)		

認定何	令和	
常務理事	事務長	係

保険者証 回収日	令和
-------------	----

被 保 険 者 の	被保険者証の 記号・番号	記 号	番 号 (左づめ)				所属事業所名	
								所属部署名
	氏 名							
	生 年 月 日	昭 和 ・ 平 成	年	月	日			
	住 所	〒	-	電 話 番 号	-	-		

滅失(き損)該当者	被 保 険 者	滅失(き損)該当者が被扶養者の時は氏名・生年月日・続柄を記入してください。		
	・	被 扶 養 者 氏 名	生 年 月 日	続 柄
	被 扶 養 者		昭 和 ・ 平 成 ・ 令 和 年 月 日	

滅失(き損)理由 (滅失又は紛失した年月日及びその経過、事情、事由等の状況を詳細、具体的に記入してください。)

再交付を受けた上は、今後の取扱いと保管に充分注意し、なお、引き続き探索し、若し発見したときは直ちに返納いたします。  
また万一、他人によって不正に使用されても、その責任は一切私が負い組合に対しご迷惑をお掛けいたしません。  
上記の通りお届けし、再交付願いたく申請いたします。

北 洋 銀 行 健 康 保 険 組 合

受付日