

事業主經由
トピー健康保険組合 御中

健康保険被保険者証再交付申請書 兼 滅失届

常務理事	事務長	係

提出日	令和 年 月 日	*A4用紙で印刷し、太枠内について事実を正確に記入下さい。訂正がある場合は二重線で抹消し、訂正印を押印下さい。(鉛筆での記入不可、裏紙印刷不可)					
被保険者証の記号番号		被保険者の氏名		生年月日	性別	再交付者	
記号	番号	(氏)	(名)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年 月 日生 <input type="checkbox"/> R	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	(氏名)	(続柄)
被保険者の現住所				勤務する事業所名称		申請の事由	
〒	-	都道	府県	TEL ()	-	<input type="checkbox"/> 滅失(盗難を含む) <input type="checkbox"/> 毀損・・・被保険者証を添付 <input type="checkbox"/> その他()	

滅失・毀損の場合記入

いつ		左記事由のとおり私の不注意により被保険者証を紛失、毀損いたしました。 なお、万一紛失した被保険者証を第三者に使われ、貴組合に損害を与えた場合には、全額弁償することを誓約いたします。 また、今後、被保険者証の取り扱いおよび保管につきましては充分注意するとともに、紛失の場合は、紛失した被保険者証を発見しました際は直ちに再交付保険証を返納いたします。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 トピー健康保険組合 理事長 殿</p>
何処で		
誰が		
詳しい状況		

事業主の証明	
上記の申請について、事実と相違ないことを証明します。 今後被保険者に対し、健康保険証の取り扱いに十分注意し大切にできるよう指導します。 令和 年 月 日	
事業所所在地	
事業所名称	
事業主氏名	
電話番号	

令和 年 月 日
事業所担当者

健保受付日付印