

理事長	常務理事	事務長	係員

健康保険被保険者証カード【滅失・毀損】届及び再交付申請書

被保険者証の 記号と番号	記号	〇〇	被保険者の 氏名と生年月日	(フリガナ ケンポ 太郎)
	番号	〇〇〇〇		健保 太郎 (健保印)
被保険者の住所	〒 279 - 0013 千葉県浦安市日の出〇-〇-〇			昭和・平成 3 年 2 月 10 日生
事業所の名称	(株)リーガル〇〇			営業所・店
事業所の所在地	〒 279 - 0013 千葉県浦安市日の出△-△-△			TEL (047) 304 - ××××
該当する者の 氏名等	氏名	続柄	性別	生年月日
	健保 太郎	本人	男	昭平・令 3 年 2 月 10 日生
			男・女	昭・平・令 年 月 日生
			男・女	昭・平・令 年 月 日生
証の再交付を 希望する又は 滅失した理由	印字面が削れてしまい、名前等が不鮮明になってしまったため。			
該当事項に○	① 証の再交付をお願いします。 2. 再交付の必要はありません。			
上記のとおり、被保険者証の滅失・毀損届、再交付申請を行います。				令和 元 年 10 月 1 日
リーガル健康保険組合理事長 殿				

<h3>念書</h3>	
私は、上記のとおり、被保険者証を【滅失・毀損】いたしました。今後はこのようなことがないように十分注意いたします。	
この被保険者証に起因する一切の事故について、その責任は当方において負います。	
なお、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。	
令和 元 年 10 月 1 日	
リーガル健康保険組合理事長 殿	被保険者氏名 健保 太郎 (健保印)

事業主が証明する欄	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又は滅失の申請がありましたので提出いたします。
	同時に、届出のとおり健康保険被保険者証を滅失・毀損したことに相違ないことを証明いたします。
	なお、今後は健康保険被保険者証を滅失・毀損することのないよう、十分指導いたします。
	令和 元 年 10 月 2 日
所在地	千葉県浦安市日の出△-△-△
名称	(株)リーガル〇〇
事業主名	代表取締役社長 〇〇 〇〇
	会社印

※ 被保険者証を紛失又は盗難された場合は、第三者に悪用される恐れがありますので、必ず警察にその旨を届出下さい。

リーガル健康保険組合