

常務理事	事務長	担当者

コクヨ健康保険組合御中

## 健康保険被保険証再交付申請書

**※申請書は各事業会社人事・総務部に提出して下さい。**

【注】健康保険被保険者証は、クレジットカード等のように効力を止めることができませんので大切に保管してください。

年 月 日

被 保 険 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
被 保 険 者 住 所			
保険証の記号・番号	記号：	番号：	
事 業 所 (本籍会社)	名 称		
	所 在 地		
再交付対象者および申請の理由 <b>※必ず記入下さい。</b>	<b>&lt;再交付申請をする方&gt;</b> A. 本人 B. 家族 (氏名) _____ (続柄) _____  1. き損→き損した保険証を添付下さい。 2. 滅失 (紛失)  <b>再交付申請理由</b> 紛失・盗難 (状況と警察への届状況を記入下さい。) <b>(状況を詳しく)</b>  _____ _____		
	<b>警察への届状況 (済・未)</b> ① 届出先 ( _____ 警察署・派出所・駐在所) _____ 年 月 日届出 ② 遺失物・盗難の受付 NO. ( _____ )		

※滅失 (紛失) した場合は必ず<念書>もご記入ください。

<b>&lt;念書&gt;</b> 上記の届出書に記載した通り、健康保険被保険者証を滅失したことに相違ありません。 この被保険者証について、万一事件・事故が起こった場合はすべて自己責任として対応します。 今後、充分注意いたしますので再交付をお願いします。 なお、滅失した被保険者証を発見した場合は、ただちに返却します。  年 月 日 被保険者氏名  事 業 主 の 証 明  上記申請内容について事実に相違ないことを証明します。 なお、今後は被保険者証を滅失することのないよう周知徹底をはかります。  年 月 日 事業所所在地  事業所名称  事業主氏名
--

【個人情報について】本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的のみに使用し、他の目的には使用いたしません。

2022. 05. 18