

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 と 印	コクヨ 太郎	生 年 月 日	***年 **月 **日
被 保 険 者 住 所	東京都渋谷区青山〇-〇		
保険証の記号・番号	記号： **	番号： **	
事業所名称 (本籍会社)	名 称	コクヨ株式会社	
	所 在 地	大阪市東成区大今里南 6-1-1	
再交付対象者および申請の理由 ※必ず記入下さい。	<p><再交付申請をする方></p> <p>A. 本人</p> <p>B. 家族 (氏名) コクヨ 花子 (続柄) 長女</p> <p>1. き損 → き損した保険証を添付下さい。</p> <p>2. 滅失</p> <p>A. 外出先での紛失・盗難 (状況と警察への届状況を記入下さい。)</p> <p>(状況) 外出先でかばんを置き忘れてしまい、気付いた時にはかばんが盗まれていた。</p> <p><警察への届状況></p> <p>① 届出先 (青山 警察署 ・ 派出所 ・ 駐在所) ***年 **月 **日届出</p> <p>② 遺失物・盗難の受付 NO. (あ-123456)</p> <p>B. その他 (具体的理由を記入ください)</p> <p>(理由) _____</p>		
	<p>※滅失した場合は必ず<念書>もご記入ください。</p>		

<p><念書></p> <p>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。</p> <p>***年 **月 **日 被保険者氏名 コクヨ 太郎</p> <p>事業主の証明</p>

<p>上記申請内容について事実と相違ないことを証明します。</p> <p>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。</p> <p>年 月 日 事業所所在地</p> <p>事業所名称</p> <p>事業主氏名</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>事業会社が記入しますのでご本人の記入は不要です。</p> </div>
---	---