

健康保険被保険者証 **滅失** き損 再交付申請書
無余白

常務理事	事務長		担当

データ	/	保険証	/													
被保険者の記号・番号				被保険者氏名			性別	生年月日				資格取得年月日				
記号	1	番号	12345	(氏)	日電	(名)	健太郎 印	男 女	年号	年	月	日	年号	年	月	日
				S	27	12	25	S	50	4	16					
再交付の原因				被保険者の現住所												
滅失 ・き損・無余白				名古屋市中区千代田二丁目15番18号												
申請理由																
紛失したときは警察に届出をして、届出番号を記入のうえ、状況を出来る限り詳しく記入する。 き損の場合は、き損の理由を詳しく記入する。																

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申請がありましたので届出いたします。

平成 20年 1月 5日

NDS健康保険組合理事長 殿

事業所所在地 **健保への直接提出ではなく**
事業所名 **事業所(事務所) 経由の提出です**
事業主名 **事業所で記入押印** 印

受付日付印

- (注) (1)滅失した場合は、再交付理由を詳しく明記し**始末書**を添付すること。
(2)盗難にあった場合は、警察に届出をし、警察の受付番号を申請理由欄に記入すること。
(3)再交付申請後出てきた場合は直ちに再交付前の健康保険者証を返納すること。
(4)き損、無余白により再交付をするときは、被保険者証を添付すること。