

常務理事	事務長	担当者	担当者

交付日	令和 年 月 日
-----	----------

健康保険 高齢受給者証 滅失 再交付申請書

日本製紙健康保険組合 御中

令和 年 月 日 提出

被 保 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証の 記号 - 番号	—	被保険者の 氏 名	印	
	被保険者の 生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	被保険者の資格 を取得した日	昭和 平成 令和 年 月 日	
	被保険者の 現 住 所	〒 _____ TEL _____			
	再交付する 被保険者証は	・本人 ・家族		家族のときは 対象となる 被扶養者の氏名	
	再交付を申請 する理由 (詳 しく)	滅失・き損 した日	令和 年 月 日	滅失・き損 した場所	
		※滅失の場合の誓約 上記のとおり被保険者証を滅失いたしました。この被保険者証を発見したときには直ちに返納 いたします。 また、滅失した被保険者証が他に不正使用された場合の責任を負い、貴組合に対して迷惑を かけないことを誓約いたします。 令和 年 月 日 被保険者 氏名 印 住所			

事 業 主 の 証 明	<p>上記のとおり被保険者から被保険者証の再交付申請がありましたので提出します。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損する事のないよう十分指導いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">印</p>
----------------------------	--

受 付 印