交付日	令和　　年　　月　　日
回収日（無余白）	令和　　年　　月　　日

常務理事	事務長	担当者	担当者

健康保険　被保険者証　滅失・き損　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

被保険者が記入するところ				
被保険者証の記号一番号	－	被保険者の氏名	印	
被保険者の生年月日	昭和　平成　令和　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	・本人用　　・家族用	家族用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が、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	
	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。 令和　　年　　月　　日 事業所所在地 事業所名称　　印 事業主氏名 電話番号

受付印