

# 健康保険被保険者証紛失 再交付申請書

常務理事	事務長	担	当

被保険者の 記号・番号	○	○○○○○	被保険者 氏名	京セラ 太郎	被保険者の 生年月日	昭 平	○○年○月○日					
在籍事業所	京セラ(株) 本社			社員コード	○	○	○	○	○	○	○	○
再 交 付 申 請 の 事 由	続柄	氏名	生年月日		左記のとおり紛失しましたが、今後はこのようなことのないように 証の保管・使用について十分注意するとともに、 紛失した証を発見したときはただちに返納いたします。 <u>なお、万一紛失した証が不正に使用された場合は                  私が一切の責任を負います。</u>  ※再交付手数料は1枚につき100円です(給与控除)。							
	長男	京セラ 圭太	昭和 平成	○○年○月○○日								
			昭和 平成	年 月 日								
			昭和 平成	年 月 日								
			昭和 平成	年 月 日								
1 紛失・き損した日時、場所(正確な記憶のないときは心あたりの日時、場所、状況。) 日時 平成 ○○年○月○日 場所 学校からの帰り道 状況 財布に入れておいたものが落ちたと思われます。					左記のとおり 紛失・き損 につき再交付を申請します。  平成 年 月 日 京セラ健康保険組合 理事長殿 住所 △△△市△△△ △-△△  被保険者 氏名 京セラ 太郎 ㊟							
2 最後に証を使用した医療機関に証を保管して貰っていないか確認しましたか。					上記被保険者は被保険者証を 紛失・き損 したことを確認しました。							
3 証はいつもどこに保管していましたか。 自分の財布に入れてました。					所在地 事業所名称 事業主氏名 ㊟							
4 以前に紛失したことはありませんか(紛失して証の再交付を受けていればその年月日)。 ありません。												

※被保険者証をき損した場合はその被保険者証を添付してください。

※悪用される恐れがありますので、必ず警察に届け出てください。