

受付印

常務理事	事務長	係	係

健康保険被保険者証再交付申請書

申請日： 年 月 日

被 保 険 者 情 報	被保険者証の 記号・番号	記号		氏名	
		番号		生年月日	年 月 日
	住所・電話	〒			
					TEL

再交付が必要な対象者にチェックをいれてください

再 交 付 対 象 者	<input type="checkbox"/> 被保険者（本人）分	再交付の原因	<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 余白なし
	<input type="checkbox"/> 被扶養者（家族）分	※下記に被保険者証が必要な被扶養者について記入してください	
	被扶養者氏名	続柄	再交付の原因
			<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 余白なし
			<input type="checkbox"/> 滅失 <input type="checkbox"/> 棄損 <input type="checkbox"/> 余白なし
申請事由の詳細 (状況を詳しく記入)			

※滅失の場合は、「誓約書」に署名・捺印をお願いします

誓 約 書	西部瓦斯健康保険組合 理事長殿
	<p>私は、本申請書に記載した通り被保険者証を滅失しましたが、万一、該当被保険者証が不正使用され医療費その他の損害を貴健康保険組合が被った場合、その一切の責任を負うことを誓約します。 また、後日カードを発見した際は勝手に廃棄せず直ちに返却します。</p> <p style="text-align: center;">被保険者氏名 _____</p>

※滅失、棄損の場合は以下に事業主の証明をお願いします

事 業 主 記 入 欄	<p>上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので提出します。 今後このようなことのないよう取り扱いについて充分指導します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
	事業所所在地
	事業所名称
	事業主名

【注意事項】

- ・棄損の場合は、棄損した被保険者証をご返却ください
- ・クレジットカードのように使用停止処理はできませんので、速やかに警察への届出をお願いします