

交 付 決 議 書			
理 事 長	常 務 理 事	事 務 長	係

健康保険 被保険者証 再交付申請書

セディナ健康保険組合理事長 殿

提出日 平成 年 月 日

被保険者の 記号・番号	—	事業所名称	
申請の理由 (該当を で囲む)	紛失・盗難・毀損・無余白		
再交付該当者 (該当を で囲む)	本人・被扶養者	被扶養者の 場合は氏名	続柄

紛失・盗難の 場合に記入する欄	発生年月日	平成 年 月 日	発生場所		
	経緯・顛末 (詳細に)				
	警察の受付番号	警察署 第 号			
	<p>上記のとおり、被保険者証を紛失・盗難しましたので、お届けします。 後日発見した場合は、直ちに返納いたしますことは勿論、貴組合に損害を与えた場合は責任を負います。</p> <p style="text-align: right;">住所 被保険者 氏名</p>				
紛失・盗難以外の 場合に記入する欄	申請の理由	毀損(摩滅・破損など)・無余白・その他			
	<p>今後は被保険者証の取扱いに十分注意します。 毀損・無余白の被保険者証を添付します。</p> <p style="text-align: right;">住所 被保険者 氏名</p>				
<p>上記のとおり相違ありません。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="margin-left: 40px;">事業所所在地</p> <p style="margin-left: 40px;">事業所名称</p> <p style="margin-left: 40px;">事業主氏名</p>					

注)任意継続被保険者は、事業主欄の記載は不要です。直接、健保組合に提出してください。

受付印