

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 25年 10月 10日

被保険者の 記号・番号	36 - 123456	事業所名称	株式会社セディナ		
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	セディナ花子	続柄	妻

紛失・盗難の 場合に記入する欄	発生日月日	平成 25年 10月 9日	発生場所	スーパーの駐車場	
	経緯・顛末 (詳細に)	病院からの帰りに スーパーで買い物をしている最中に、駐車中の車を荒らされ盗難にあいました。			
	警察の受付番号	×××× 警察署 第 1234 号			
	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。 住所 市 区××町 1-2-3 被保険者 氏名 セディナ太郎 印				

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			
	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。 住所 被保険者 氏名				

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

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