

健康保険

# 被保険者証

滅失  
毀損  
無余白

# 再交付申請書

常務理事	事務長	係員

現在の健康保険 被保険者証	記号	被保険者	氏名	昭和・平成 年 月 日 生	男女別	男・女
	番号		生年月日			
現在勤務する 事業所の名称所在地	所在地 名称		所部 所属名			
現在の事業所の資格取得年月日	昭和・平成 年 月 日					
再交付申請の詳細事由						
再交付する保険証	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者(右欄に記入ください)		被扶養者名	続柄	性別	生年月日
					男・女	昭・平・令 年 月 日
上の通り 滅失 毀損 再交付を申請します 無余白						
爾後被保険者証の保管に付き充分注意すると共に旧被保険者証発見の節には返納致します。						
昭和シェル健康保険組合理事長 殿 住所 令和 年 月 日 被保険者 氏名 ㊟						

事業主の証明 及び誓約事項	被保険者 (健康保険)被保険者証を したことを証明する は	事業主の 住所氏名 及び印	㊟
	爾後被保険者証を紛失・毀損することのない様に全被保険者に周知徹底を図り、その取扱に充分注意させることを誓約致します。		

昭和シェル健康保険組合

(注意)

1. 毀損の再交付の場合はその被保険者証を添付すること。