|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **会社へ提出して下さい** | 常務理事 | 事務長 | 係 |
|  |  |  |
| 健康保険被保険者証（滅失・き損）再交付申請書 |
| 保険証の　　　記号・番号 | － | 被保険者氏名 |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 再交付が必要な方 | 氏　　名 | 生　年　月　日 | 続　柄 |
|  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |
|  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |
|  | 　　　　　　年　　月　　日 |  |
| 再　交　付（滅失・き損）を申請する理由 |  |

上記のとおり再交付をお願いします。

　　　　年　　　月　　　日

〒　　　－

被保険者住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

自署の場合は押印を省略できます。

イノアック健康保険組合理事長殿

|  |  |
| --- | --- |
| 事　業　主　の　証　明 | 　被保険者　　　　　　　　　は健康保険被保険者証を滅失・き損したことを証明する。　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日事業主　　　住所　　　　　　　名称　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |