

健康保険被保険者証再交付願・滅失届

申請書番号		事業所名	本社		
所属	総務課	従業員番号	999999	連絡先電話番号	8-30-2210
被保険者証記号番号	00001 - 999999	氏名	三菱太郎 印		
紛失した保険証を最後に使用した	患者氏名	三菱 二子			
	期間	自 15年 1月 1日 至 15年 1月 10日			
	医住氏 師所名	東京都 千代田区 丸の内 2 - 5 - 1 三菱病院 健保 一郎			
本人記入欄	再交付を要する事由 (詳細に)	<p style="color: red;">病院で診察を受ける際に保険証が無いことに気づき、 自宅等を探したが見つからなかった。 先般の引越しの際に紛失したと思われる。</p> <p>(紛失等により被保険者証の再交付の際に記入する。遠隔地被保険者証のときはその旨記入する。)</p>			
	始末書	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> 下記注意事項を参考に必ず記入する。 </div> <p style="color: red; text-align: center;">今後取り扱いを慎重にします。紛失による損害は本人負担とします。</p>			
組合記入欄	再発行年月日	年	月	日	
		常務理事	事務長	係	

記名・捺印願います

注意：始末書欄には今後取り扱いを慎重にすること、紛失による損害は本人負担とすること等を記載する。