健康保険組合			受付年月日	事業主側経由所属		
長	長	担当者		長	長	担当者

被保険者証再交付申請書【紛失】

関西電力健康保険組合　常務理事殿

被保険者証番号	被保険者氏名	生年月日	会社名	○○株式会社
5 1 2 3 4 5 6	健保　太郎	昭・平 55年 4月 1日	所属	□□支店△△部

再交付対象者					
氏名	続柄	生年月日	氏名	続柄	生年月日
健保　花子	長女	昭・平・令 15年 5月 1日			昭・平・令　年　月　日
氏名	続柄	生年月日	氏名	続柄	生年月日
		昭・平・令　年　月　日			昭・平・令　年　月　日

再交付の理由と状況			
紛失の理由 (該当箇所にチェック下さい)	□置き忘れ、または落とした。 ☑誤って廃棄した。(保管場所不明) □盗難にあった。 □その他	【注意】 紛失時は各自の責任において警察への届出を行って下さい。	※その他の場合は詳しく内容を記入下さい
事象発生年月日	令和　元年　5月　1日		
手数料の支払年月日	令和　元年　5月　20日	事象発生場所	自宅

◎手数料の振込が確認できる書類をここに添付して下さい。

※振込額･振込先については、「ファインダー」内→「メニュー一覧」→「DB掲載サービス」→「各社からのお知らせ」→「関西電力健康保険組合掲示板」内に掲載しております。
なお、掲示板が閲覧できない方については各事業主健保担当者へ確認願います。

≪念書≫

上記の届書に記載した通り、被保険者証を紛失したことに相違ありません。
この被保険者証について、万一事故がありました場合は責任をもって弁償致しますとともに、今後このようなことがないようその扱いについては充分注意致しますので、再交付をお願い致します。なお、紛失した被保険者証を発見致しました場合はただちに返納いたします。

令和　元 年　6 月　1 日　被保険者氏名　健保　太郎　印

※「自筆の場合、押印は省略可」

事業主の証明

上記のとおり相違ありません。

令和 元 年　6 月　2 日

事業主代理人　職氏名　○○株式会社 代表取締役　氏名

【注意】紛失による再発行については、いかなる理由であっても再発行手数料が必要です。当健保にて書類審査･決裁および再発行手数料入金確認後に再交付をさせていただきます。

ご記入いただいた個人情報は、当該の利用目的以外には使用いたしません。

【備考欄】

(令和3年5月)