

健康保険組合		
長	長	担当者

受付年月日

事業主側経由所属		
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	
	⑨	昭・平 年 月 日	所属	

再交付対象者					
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
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)	<input type="checkbox"/> 置き忘れ、または落とした。 <input type="checkbox"/> 誤って廃棄した。(保管場所不明) <input type="checkbox"/> 盗難にあった。 <input type="checkbox"/> 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
事象発生日	令和 年 月 日		
手数料の支払年月日	令和 年 月 日	事象発生場所	

**◎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  
ことがないように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 年 月 日 被保険者氏名 ⑨

事業主の証明	事業主記入欄
上記のとおり相違ありません。 令和 年 月 日 事業主氏名 印	事業主の確認により、以下の内容を省略した 場合は、チェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 本人押印・署名の省略にあたり、被保 険者に届出意思を確認しました。

【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】