

健康保険組合		
長	長	担当者

受付年月日

事業主側經由所属		
長	長	担当者

## 被保険者証再交付申請書【毀損】

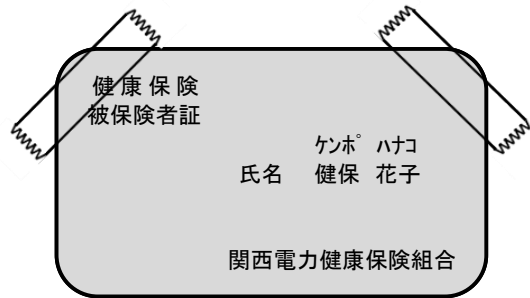
関西電力健康保険組合 常務理事殿

被保険者証番号	被保険者氏名	生年月日	会社名	
	Ⓜ	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 年 月 日			昭 平 年 月 日

再交付の理由と状況			
毀損の理由 (該当箇所にチェック下さい)	<input type="checkbox"/> 経年劣化にて印字内容が薄くなった。 <input type="checkbox"/> 不注意で折れてしまった(歪んでしまった)。 <input type="checkbox"/> その他 ●—————→		※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 年 月 日	

◎毀損した被保険者証をテープにて添付してください。



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】 毀損した場合でも、被保険者証の現物がない場合(上記に被保険者証の添付がないもの)はいかなる理由があっても再発行手数料が必要です。

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】