

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

証再交付申請書【被保険者証以外】

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	〇〇株式会社
5 1 2 3 4 5 6	健保 太郎 印	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 15年 5月 1日			昭 平 令 年 月 日
再交付証の種類	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input checked="" type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担減額認定証				

再交付の理由と状況			
紛失・毀損の理由 (該当箇所にチェック下さい)	<input type="checkbox"/> 誤って廃棄した。 <input checked="" type="checkbox"/> 不注意で汚してしまった。 <input type="checkbox"/> 盗難にあった。 <input type="checkbox"/> 置き忘れ、または落とした。 <input type="checkbox"/> その他 ●	<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">【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。</div>	※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 元年 5月 1日	事象発生場所	自宅

《念書》※毀損の場合は署名捺印不要です。
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。
紛失した証について、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 5月 2日 被保険者氏名 健保 太郎 印

事業主の証明			
上記のとおり相違ありません。			
令和 元年 5月 2日	事業主 代理人	職氏名	〇〇株式会社 代表取締役 氏名 印

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。