

被保険者証（滅失・毀損）再交付申請書

常務理事	部長	担当者
処理 令和 年 月 日		

事業所 担当者	
------------	--

被保険者記号番号	—		
被保険者氏名			
事業所名称			
再交付申請する者の氏名		続柄	
再交付申請する者の生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日

申請事由 (詳しく)	
---------------	--

<p>上記のとおり再交付を申請します。なお、今後は滅失又は毀損することのないよう注意するとともに、失った被保険者証を発見したときは、ただちにお返しいたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 〒</p> <p>被保険者</p> <p>氏名 ㊟</p>
--

<p>上記の再交付申請事由に相違ないことを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>事業所</p> <p>名称</p> <p>事業主 氏名 ㊟</p> <p>電線工業健康保険組合 御中</p>

毀損のための再交付申請であるときは、被保険者証を添付してください。