

【提出ルート】

申請者 → 事業所業務担当者 → 健保

常務理事	事務長	担当者

減失
健康保険被保険者証 毀損 再交付申請書(届)
減失届

被保険者証の記号・番号		被保険者の氏名		被保険者の生年月日		性別
記号	番号			昭・平	年 月 日	男 女
被保険者の現住所		〒				
被保険者が現在勤務する事業所名						
再交付または減失対象者		対象者の氏名	対象者の生年月日	続柄	性別	
			昭・平・令 年 月 日		男 女	
			昭・平・令 年 月 日		男 女	
			昭・平・令 年 月 日		男 女	
			昭・平・令 年 月 日		男 女	
減失または毀損させた理由 (詳細に記載の事) ※毀損した場合は、必ず被保険者証を添付してください。		発 生 年 月 日	令和 年 月 日			
		場 所				
		減失・毀損状況	_____ _____ _____			

◇ 被保険者証を減失した場合は以下の誓約書を記入してください。

<p><誓約書></p> <p>上記の届出書に記載した通り、被保険者証を減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、今後その扱いについては十分注意致します。 なお、減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致します。</p> <p>令和 年 月 日 被保険者氏名 _____</p>
--

スタンレー電気健康保険組合理事長殿

事業主の証明	上記の通り被保険者から健康保険被保険者証の再交付または減失の申請がありましたので提出致します。 同時に、届出の通り健康保険被保険者証を減失または毀損したことに相違ないことを証明致します。 なお、今後は健康保険被保険者証を減失または毀損することのないよう、充分指導致します。	
	令和 年 月 日	事業所業務担当者
	事業所所在地 事業所名 事業主名	印

受付日付印