

交付日	令和	年	月	日
常務理事	事務長	係		

健康保険被保険者証(滅失・毀損)再交付申請書

被保険者証	(記号)	(番号)	氏名	生年月日	昭 平 令	年	月	日
	70							
被扶養者に関する申請であるとき	被扶養者氏名		続柄	生年月日	住所			
申請事由	1. 紛失(毀損)日 2. 紛失(毀損)経緯・場所 3. 今後の保管対策 紛失の場合は 4. 届出警察署名 5. 警察への届出日 6. 警察の受理番号							

※ 滅失した場合は、下記もご記入ください。

<p><念書> 上記に記載した通り、被保険者証を滅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充分注意致しますので、再交付をお願い致します。 なお、滅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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>被保険者氏名 _____</p>

上記のとおり再交付をお願いいたします。

令和 年 月 日

被保険者 所属 鹿児島銀行 室・部・課・店
 住所 (〒)

氏名

所属長 氏名 _____

事業主 株式会社 鹿児島銀行 頭取 郡山 明久

(注 毀損した保険証は必ず添付して下さい)