

ポスト番号 D55
マツダ健康保険組合 行

所 属
上司確認サイン
tel 12345

健康保険 被保険者証(滅失・き損・無余白)再交付申請書(届)

【申請者】

申請日 令和 00年 00月 00日

被保険者証 記号・番号	記号	1	番号	000000
被保険者氏名	〇〇〇 〇〇男			
生年月日	昭和・平成 00年 00月 00日			
入社日	昭和・平成 00年 00月 00日			
被保険者住所	〒 000 - 0000 〇〇〇市〇〇〇区〇〇〇1-2-3 TEL (000) 000 - 0000			
事業所名	マツダ 株式会社			
所 属	(ポストNo A000) 〇〇〇課〇〇〇係 (内線 00000) TEL (000) 000 - 0000			

【届出の対象者】

注)「き損」「無余白」の場合は、その被保険者証を添えてください。

氏 名	続柄	区分(○をしてください)	「滅失」及び「き損」の状況 (無余白の場合を除く)
〇〇〇 〇〇子	妻	滅失	※ 日時・場所・等経緯を詳しく記入してください。 令和00年00月00日18:30分頃 健康保険被保険者証の入ったバッグを電車(山陽本線) の中に置き忘れた。 駅及び警察に届けたが、以後発見されず。
		き損	
		無余白	
		滅失	
		無余白	

事業主証明欄	上記被保険者は、健康保険被保険者証を「滅失」又は「き損」したことに相違ないことを証明します。 なお、今後は被保険者証を「滅失」又は「き損」することのないよう被保険者に徹底します。
	令和 年 月 日
	広島県安芸郡府中町新地3番1号 マツダ株式会社

被保険者証発行日付	常務理事	事務長	係

受付印