

ポスト番号 D55

マツダ健康保険組合 行

....

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 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号		番号	
被保険者氏名				
生年月日	昭和・平成 年 月 日			
入社日	昭和・平成 年 月 日			
被保険者住所	〒 -			
	TEL () -			
事業所名				
所 属	(ポストNo)			
	(内線) TEL () -			

【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)
		滅失・き損・無余白	※ 日時・場所・等経緯を詳しく記入してください。
		滅失・き損・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	
	所在地 事業所 名称	健保事務担当者の確認サイン
	TEL() -	

被保険者証発行日付	常務理事	事務長	係

受 付 印