

| | | | |
|------|-----|----|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 係長 | 担当者 |
| | | | |

健康保険被保険者証 滅失・き損 届(再交付申請書)

※下の太線内の各欄にご記入下さい

日本レストランエンタプライズ健康保険組合 理事長殿

| | | | | | | | | | |
|--|------|-------------------|---|----------|-------|----|---|---|---|
| 被保険者証の 記号・番号 | 記号 | 番号 | | | 申請年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 氏名 | 印 | | 事業所 | 名称 | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | | | 所在地 | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| 滅失者名 (被保険者証の再交付を 受ける者) | 氏名 | | | 被保険者との続柄 | | | | | |
| | 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 | | 性別 | 男・女 | | | | |
| 滅失年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 | 滅失場所 | | | | |
| 滅失・毀損の理由 | | | | | | | | | |
| 警察への届出 | 警察署名 | | | 紛失届の受理番号 | | | | | |
| <p>上記の通り、健康保険被保険者証を 滅失・毀損 いたしましたので、届出いたします。 また、合わせて 再交付申請 をいたします。 なお、今後は被保険者証の保管については充分注意いたしますと共に、旧保険証を発見した時には直ちに 返納いたします。</p> | | | | | | | | | |

★提出経路 申請者 → 事業所(保険担当者) → 健康保険組合

| | |
|--------------------------|---|
| ※上記申請について、相違ないことを証明いたします | |
| 事業所所在地 | |
| 事業所名称 | |
| 事業主氏名 | 印 |

受付日付