

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