

(経路)所属事業所社会保険担当→愛三工業健康保険組合

平成 年 月 日

健康保険被保険者証

滅失 き損 再交付申請書

受 付 印	
健保組合	事業所
資格取得年月日	年 月 日
再交付年月日	平成 年 月 日

常務理事		資格取得年月日	年 月 日
		再交付年月日	平成 年 月 日

あなたが記入するところ	社員番号	所属事業所	愛三工業(株) 愛三工業労組 愛協産業(株) ACS(株) 愛三熊本(株) 任意継続	被保険者氏名	(印)
	被保険者証記号	所 属 部 署	本社 安城工場 豊田工場 その他	自宅住所	〒 TEL
	被保険者証の再交付を希望される方の氏名				
	被保険者証を滅失き損した理由				
	この欄は、滅失したときに記入してください	<p>上の再交付申請書に記載したとおり、健康保険被保険者証を滅失しましたが、今後は十分取り扱いに注意いたします。 なお、滅失した被保険者証を発見した場合は、直ちに返納いたします。</p> <p style="text-align: right;">被保険者氏名 (印)</p>			
所轄警察署への届出状況	被害届年月日 平成 年 月 日	被害届受付番号	所轄警察署名 警察署		
事業主証明	<p>上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届け出いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>事業主の所在地 名称 氏名 (印)</p>				

- 健康保険被保険者証を盗難された場合は、最寄の警察署に盗難被害届を至急提出してください。なお、健康保険組合では、健康保険被保険者証を再交付することと、警察署に被害届を提出した旨を医療機関向けの広報誌に掲載依頼する以外は何もして差し上げられませんので、ご了承ください。
- き損となった健康保険被保険者証は、この申請書に添付して申請ください。