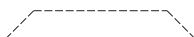


本所受付



健 保 決 裁 欄	業 務 部 長	業 務 課 長	確 認 者 ・ 担 当 者	
本所電算入力日		令和 年 月 日	入力者	

滅 失
健康保険被保険者証 毀 損 再 交 付 申 請 書
そ の 他

被 保 険 者 証 の	記号		被 保 険 者 氏 名		男 ・ 女
	番号		生 年 月 日	昭・平 年 月 日	
被 保 険 者 の 住 所	〒				
事 業 所 名					
資 格 取 得 年 月 日	昭・平・令	年	月	日	資 格 喪 失 年 月 日
	令和	年	月	日	
被 扶 養 者 用 の 再 交 付 を 受 け る と き は	被 扶 養 者 の 氏 名			続 柄	
被 保 険 者 証 を 滅 失 ま た は 毀 損 し た 事 由	(日時) ① 令和 年 月 日 午前・午後 時頃 ② 不 明				
	(場所) ① ② 不 明				
	(事由)				
始 末 書 (滅 失 ま た は 毀 損 し た 事 由)	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>なお、今後被保険者証の管理には十分注意すると共に保険証を発見したときには直ちに返納します。</p>				
事 業 主 の 証 明	<p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>なお、今後は被保険者証を滅失または毀損することのないよう被保険者に周知徹底をはかります。</p> <p>長野県農業協同組合健康保険組合理事長 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">所 在 地 事業主 名称及び 氏 名</p>				
	②				

※申請書への本人の押印は、氏名を自ら署名した場合には不要とし、本人の自署以外の場合は押印を必要といたします。