

常務理事	事務長	係員	所属事業所 担当者印
			印

ポーラ・オルビスグループ健康保険組合理事長殿

健康保険被保険者証 再交付申請書（兼 滅失等届）

申請日 年 月 日

被保険者証の記号番号		フリガナ	性別	生年月日
記号	番号	被保険者氏名	男・女	昭和 年 月 日 平成

被保険者の住所

被保険者電話番号 勤務先事業所名

(該当項目にチェック「レ」をしてください)

次の理由により被保険者証の再交付をお願いします。――下記の1～3のいずれか該当に○をつけてください。

- 滅失のため ――滅失・盗難の場合、第三者に悪用されることも考えられますので、警察へ届出してください。
- き損(破損) ――き損(破損)した被保険者証を添付してください。
- 無余白 ――住所を書き換えるのに余白がなく、再交付を希望する場合。被保険者証を添付。

被保険者証を滅失しましたので、お届けいたします。但し、再交付の必要はありません。

再交付申請の対象者または滅失等した者は	被保険者	氏名	生年月日	性別	続柄
			上記に同じ		本人
	被扶養者		昭・平・令 年 月 日	男・女	
			昭・平・令 年 月 日	男・女	
			昭・平・令 年 月 日	男・女	
		昭・平・令 年 月 日	男・女		

滅失又はき損の理由

滅失・き損した日 年 月 日 時頃

滅失・き損に至った状況(できるだけ詳細に)

滅失の場合には記入

<念書> 上記に記載したとおり、被保険者証を滅失いたしました。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ときは、直ちに返納いたします。

年 月 日

被保険者 氏名

事業主の証明

上記のとおり被保険者から健康保険被保険者証の再交付または滅失等の申請・届出がありましたので提出します。
なお、今後は健康保険者証を滅失またはき損することがないよう、十分指導します。

年 月 日

事業所 所在地 名称 代表者 TEL ()

受付日付印