健康保険被保険者証再交付申請書

常務理事	事務長	担当者

経由課	各　長	係

以下の通り再交付を申請します。　　令和　　年　　月　　日提出

事業所の名称　　連絡先（トール/NTT）

被保険者氏名　　生年月日　S・H　　年　　月　　日

被保険者証の記番号	―	氏名番号
資格取得年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日	
滅　失（き損）年月日	平成 ・ 令和　　年　　月　　日	
再交付する保険証	本人分　　家族分（氏名：　　続柄：　　）	
※　再交付申請の区分 1. 滅失 2. き損	・滅失およびき損の状況 ・警察への届出番号（　　警察署　　号）	

誓　約　事　項

1. 被保険者証の保管および取扱いには十分留意し、再び滅失することのないように致します。
2. 滅失した被保険者証を発見したときは、すみやかに組合に返却致します。
3. 滅失した被保険者証を不正使用され、組合から請求があった場合は、その責を負います。

北海道電力健康保険組合理事長　殿

住　　所

被保険者氏名

1. ※印箇所は該当するものを〇印で囲んで下さい。
2. 滅失の場合は、必ず警察署へ紛失を届出して下さい。
3. 病院が紛失したときは、その病院・診察所の証明書を添付して下さい。
4. き損の場合は、現在の被保険者証を添付して下さい。