

被保険者証再交付願

油研健康保険組合理事長殿

令和 年 月 日

被保険者	住所	〒	氏名	印	性別	男・女
			生年月日	S・H・R	年	月
再交付を申請する理由			再交付を希望する者			
・紛失（下記滅失理由も作成のこと） ・破損（破損した被保険者証を添付のこと） ・経年劣化（印字面の掠れなど。経年劣化した被保険者証を添付のこと）	氏名	印	性別	男・女		
	生年月日	S・H・R	年	月	日	

※ 再発行手数料(1枚あたり)は以下になります。

申請の際は再発行手数料を添えて事業主へご提出してください。

- ・ 紛失、破損 : 2,000円
- ・ 経年劣化 : 1,000円

被保険者証紛失届

氏名	印	性別	男・女	紛失した日	R	年	月	日
生年月日	S・H・R	年	月	日	紛失場所			

紛失の状況を詳しく記載して下さい。

<返納宣誓書>

上の届書に記載したとおり被保険者証を滅失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納致します。

被保険者氏名 _____ 印

※ 再発行後、当初紛失した被保険者証が発見された場合にも、再発行代金の返却は致しません。

上記の届出とおり相違ありません。
令和 年 月 日
事業主 _____ 印