

承認済	理事長	常務理事	事務長	係	係

被保険者証再交付申請書（兼 滅失届）

提出日：平成 年 月 日

フランスベッドグループ

健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(該当項目に・チェック)

- 次の理由により被保険者証の再交付をお願いします。  
滅失 ・ 毀損 ・ 無余白 ・ 盗難 ( 該当理由に○印 )
- 被保険者証を滅失しましたので、資格喪失後に返納できません。
- 旧被保険者証を滅失しましたので、新証更新時に返納できません。

(注) 滅失の場合は、始末書を添付

毀損・無余白の場合は被保険者証を添付

盗難の場合は盗難届（警察の盗難届の受理番号を記載のこと）を添付

被保険者証の 記号と番号	記号 番号	事業所の 名称
届出の事由 ( 詳しく )		

再交付者の氏名

氏名	続柄	氏名	続柄

\*再交付手数料について

紛失・毀損等により被保険者証の再交付を行う場合には、「健康保険被保険者証管理規程」に基づき、再交付手数料として被保険者証1枚につき1,000円を徴収します。(振込手数料は振込者負担)

下記の健保組合の口座に振り込みの上、被保険者証再交付申請書を提出すること。

三菱UFJ銀行 新宿新都心支店 普通預金 3650151  
フランスベッドグループ健康保険組合

※盗難による紛失の場合は、再交付手数料は徴収致しません。

被保険者証発見の際の返納誓約書（届出事由が盗難・遺失・紛失の場合）

上記の届出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、ただちに返納いたします。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

事業所所在地	(印)
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

●●●●●●●●  
受付日  
付印