

区分

常務理事	事務長	係員

健康保険被保険者証

滅失
毀損
無余白

再交付申請書 (兼 滅失届)

被保険者証 記号番号	記号	番号	※本人の過失による再交付については手数料(1枚につき)1,000円を徴収いたしますので添付のうえ申請して下さい。			
被 保 険 者	事業所	所属 (本部・部 ・課・係)		<input type="checkbox"/> 横浜 <input type="checkbox"/> 厚木		
	氏名	生年月日		昭和 平成	年	月 日
	住所	〒 -				
再 交 付 対 象 者	氏名	性別	生年月日	続柄	滅失・毀損年月日	
		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		令和 年 月 日
		男・女	昭和 平成 令和	年 月 日		令和 年 月 日
滅失・毀損 時の状況	(詳しく記入して下さい)					
警察へ 届出	令和 年 月 日	警察署へ届出済 受付番号()				

上記のとおり申請します。

滅失の場合

滅失した被保険者証によって生ずる金銭上その他の一切の責任を負うことを誓約いたします。
滅失した被保険者証を発見した時は直ちに返納いたします。

令和 年 月 日 被保険者氏名

日本飛行機健康保険組合 理事長 殿

事業主 の 証 明	上記の通り再交付申請(滅失届)がありましたので届出いたします。
	令和 年 月 日
	事業所所在地
	事業所名称 事業主氏名 電 話

受付日付印

【注意事項】

- 必要事項を記入して、人事課社会保険担当者へご提出ください。
- 毀損・無余白(住所・臓器提供意思表示欄)の場合は、申請書に被保険者証を添付してご提出ください。
- 無余白による再発行については手数料はかかりません。