

災害救助法の適用に伴う被保険者証 再交付申請書
(令和3年長野県茅野市において発生した土石流による災害)

アサヒ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 滅失届)

申請日: 年 月 日		フリガナ		性別	生年月日
記号	番号	被保険者氏名	⑩	男・女	年 月 日
勤務先の事業所名		住所			
		名称			

【申請事由】

◇該当項目にチェック「レ」をしてください。

- 《再交付》滅失のため → 申請前に警察へ届け出てください
- 《再交付》毀損のため → 毀損した被保険者証を添付してください
- 《再交付》その他

【申請対象者】

氏名	続柄	性別	生年月日
		男・女	年 月 日
		男・女	年 月 日
		男・女	年 月 日

【発生事由】 ※滅失・毀損時に記載

滅失・毀損した日: 年 月 日

滅失・毀損した時の状況 (出来るだけ詳細に)					
滅失時、警察への届出	警察署	受理年月日	年 月 日	受理番号	

警察への届出

被保険者証は、キャッシュ・クレジットカードのように使用の一時停止、無効措置を取ることが出来ません。滅失した被保険者証が第三者により不正使用される恐れもある為、万一に備え、最寄の警察署等へ届け出てください。

受付日付印

【事業所証明】

被保険者からなされた上記の健康保険被保険者証再交付申請の内容に、事実と相違なきことを証明致します。

年 月 日

事業主	総務部・課長	健保担当者

健康保険組合		
常務理事	事務長	担当者