

常務理事	事務長			担当者

**健康保険被保険者証**      **滅失**      **再交付申請書**  
**毀損**  
**無余白**

被保険者証の記号と番号			男・女	生年月日	年 月 日
被保険者の勤務する (していた)事業所の	名称				
	所在地				
被保険者証を 滅失(毀損)した年月日	年 月 日	被保険者証を 滅失した場所			
滅失(毀損)した者の氏名		続柄		生年月日	年 月 日
被保険者証を滅失した 時の状況・事由又は 再交付を申請する事由					
年 月 日					
被保険者の氏名					
印					
学生援護会健康保険組合 理事長 殿					

※滅失事由が盗難の場合は、申請事由欄にその概要を記載し、盗難届を提出した警察署及び電話番号、受理番号を記入してください。

事業主の欄	盗難届提出先
上の申請について申し出がありましたので、届出致します 年 月 日 事業所所在地 事業所名称 事業主名	警察署名 警察署電話番号 受理番号
印	

〔注意〕

※毀損および住所欄の無余白の場合は、この申請書に被保険者証(保険証)を添付してください。