

常務理事		事務長						係	
------	--	-----	--	--	--	--	--	---	--

健康保険 被保険者証 紛失届

北海道新聞社健康保険組合理事長 殿 年 月 日

被保険者等 記号・番号	記号	3 2	事業所の名称	被保険者の氏名	備 考
	番号				

紛失した被保険者証が他人によって不正使用された場合は一切の責任を負うことを誓約します。

再交付申請の対象となる者		氏 名	生 年 月 日	性 別	続 柄	備 考
	被 保 険 者		年 月 日	男	本人	
				女		
	被 扶 養 者		年 月 日	男		
				女		
			年 月 日	男		
				女		
			年 月 日	男		
				女		
			年 月 日	男		
				女		

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

〒

印

受付日付印