

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

健康保険 被保険者証 紛失届 ・ 再交付申請書

北海道新聞社健康保険組合理事長 殿

年 月 日

被保険者証 の記号・番号	記号	3 2	事業所の名称	被保険者の氏名	備考
	番号			㊟	

今後は被保険者証の取扱いと保管については充分注意しますので、再交付をお願いします。
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。
なお、紛失した被保険者証を発見したときは、直ちに再交付した被保険者証を返納します。

再交付申請の対象となる者	氏名	生年月日	性別	続柄	再交付の原因	備考
被扶養者	年 月 日	年 月 日	男	本人	1. 紛失 3. その他	
			女		2. き損 ()	
	年 月 日	年 月 日	男		1. 紛失 3. その他	
			女		2. き損 ()	
	年 月 日	年 月 日	男		1. 紛失 3. その他	
			女		2. き損 ()	
	年 月 日	年 月 日	男		1. 紛失 3. その他	
			女		2. き損 ()	

事業所所在地	上記のとおり相違ないことを証明します。
事業所名称	年 月 日
事業主氏名	㊟

受付日付印