

被保険者証(滅失等)届 兼 再交付申請書

常務理事	事務長	担当者	担当者

再交付 年月日	年 月 日
------------	-------

被保険者証の 記号・番号	記号		被保険者氏名
	番号		
勤務している 事業所の名称		再交付を申請 する者の氏名	

事業所所在地	
--------	--

届出の事由 (できるだけ詳しく 記入して下さい。)	<input type="checkbox"/> 滅失	事由			
		滅失年月日	年 月 日	滅失した場所	
	<input type="checkbox"/> き損	事由			
		<input type="checkbox"/> その他	事由		

上記のとおり申請します。

なお、滅失による届出の場合、この被保険者証を発見した時はただちに返納いたします。

年 月 日

被保険者 住所
氏名

上記の届出のとおり相違ないので証明します。	受付日付印
年 月 日	
事業主 住所 氏名	
ローソン健康保険組合理事長 殿	

- ※ 1. 届出の事由の該当欄に✓を入れ、詳しい事由を記入すること。
2. き損のためおよび臓器提供に関する意思表示欄付被保険者証に変更するため届出るときはその被保険者証を添付すること。