決裁	常務理事	事務長	部長	課長	係

健康保険　被保険者証　再交付申請書

被保険者	記号･番号	―	事業所名	
	氏　名		住　所 連絡先	〒(　　－　　) TEL　　(　　)

再交付対象者	氏　名		続 柄		性 別	男　･女
	生年月日	昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日	再交付理由	1. 滅失　2. き損　3. その他(　　)		
再交付対象者	氏　名		続 柄		性 別	男　･女
	生年月日	昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日	再交付理由	1. 滅失　2. き損　3. その他(　　)		

＊警察に届け出をしている場合は**受付番号の記載または盗難届(写)の添付**をしてください。
＊再交付の理由が滅失、その他の場合は**普段の保険証の保管状況、紛失したときの状況**を下記に記入してください。

誓 約 書

私は、貴組合発行の健康保険被保険者証を紛失いたしましたが、今後は、絶対に紛失しないよう注意いたしますとともに、万一紛失した被保険者証により無資格者が受診した場合の診療費その他このことによって生ずる一切の損害は、貴組合に迷惑をかけないことは勿論、責任をもって賠償に応ずることを誓約いたします。　　年　　月　　日

被保険者
住　所
氏　名　　㊞

三重県農協健康保険組合　理事長様

上記のとおり被保険者から再交付の申請がありましたので、届出いたします。

事業所所在地　〒(　　－　　)

事 業 所 名 称

事 業 主 名　　㊞

受　付