

受 付	令和 年 月 日
決 定	令和 年 月 日

再交付年月日	令和 年 月 日
--------	----------

旧被保険者証 添 付	有 無
申 請 理 由	滅 失
	毀 損

交 付 決 議 書				
常務理事	事務長	担当者		

被 保 険 者 証 再 交 付 願					
令和 年 月 日					
日清オイリオグループ健康保険組合 殿					
住所 被保険者 氏名 印					
下 記 の と お り 被 保 険 者 証 を 滅 失 毀 損 に よ り お 届 け し ま す の で 再 交 付 を 願 い ま す					
被保険者証の 記 号 と 番 号	記 号		事業所の 名 称		
	番 号				
再交付申請 対象者	氏 名		生 年 月 日	性 別	続 柄
			昭・平・令 年 月 日	男・女	
			昭・平・令 年 月 日	男・女	
			昭・平・令 年 月 日	男・女	
届 出 の 事 由	*紛失・毀損の状況を詳しく書いてください。				
	盗難被害届 届先: 警察署 届日: 月 日, 受理番号				
念 書	上記の通り被保険者証を滅失・毀損いたしました。今後は十分取り扱いに注意します。なお、紛失した被保険者証を発見したときは直ちに返納いたします。また、紛失した被保険者証が第三者によって不正に使用された場合は、その一切の責任を負うことを誓約いたします。				
	令和 年 月 日 被保険者氏名 印				
上 記 の 届 出 の と お り 相 違 あ り ま せ ン。					
令和 年 月 日 事業主 印					

(注意) ①毀損したときの再交付申請時には、「毀損した被保険者証」を必ず添付して申請してください。
②再交付手数料として被保険者証1枚に付き1,000円を下記口座に振り込んでください。
振込確認がとれた時点で被保険者証を発行いたします。後日、被保険者証が見つかり返納されても、返金されませんのでご注意ください。
③盗難・焼失等による申請の場合は、滅失事由を明らかにする証明書(受理番号・罹災証明)を添付すれば、手数料は免除されます。

< 振込先口座 > みずほ銀行 新川支店 普通 No.1337568 日清オイリオグループ健康保険組合
* 振込人氏名は被保険者名としてください。