

健康保険被保険者証 滅失届(誓約書) 兼 再交付申請書

※生年月日は、和暦で記載をお願いいたします。

		年 月 日 提出	
被 保 険 者 情 報	記号 <small>(どちらかに✓)</small>	<input type="checkbox"/> 1: 在職者・任意継続者 <input type="checkbox"/> 2: 特例退職者	番号 <small>(教職員番号)</small>
	フリガナ		
	氏名	昭・平・令	
		事業所名	慶應義塾大学医学部
		生 年 月 日	年 月 日

届 出 内 容	届出提出理由 <small>(□に✓を付けて下さい)</small>	1. 滅失 (□紛失・□盗難) ※誓約書記載要 2. き損 (□破損・□印字擦れ) ※該当保険証添付・誓約書記載不要 3. その他()		
	届出対象者 <small>(□に✓を付けて下さい)</small>	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者 (全部・一部)		
	上記の対象者のうち、 該当する者	氏名	生 年 月 日	続柄 再交付
			昭・平・令	年 月 日 要・不要
			昭・平・令	年 月 日 要・不要
届出の事由・原因 <small>(いつ・どこで・状況等)</small>	発生日時: 年 月 日 時頃 場所や状況:			
※盗難の場合	盗難届(届出日: 届出先警察署名: 連絡先:)			

誓 約 書

上述の届書のとおり、私を被保険者とする被保険者証を(私あるいは家族が)
 滅失いたしましたので、お届けいたします。今後は十分に取扱に注意いたします。
 なお、滅失した被保険者証により万一事故が発生した場合は、貴組合にご負担を
 おかけしない事を誓約いたします。
 また、後日被保険者証を発見したときは、ただちに連絡、返納いたします。

被保険者住所

被保険者氏名

事業主の証明	事業所所在地	東京都新宿区信濃町35番地				
	事業所名称	慶應義塾大学医学部				
	事業主名	医学部長 金井 隆典				
交付年月日	常務理事	事務長	係	健保受付印	窓口受付印	
年 月 日						