

受付日付印

常務理事	事務長	確認	担当
決定年月日	年	月	日
交付年月日	年	月	日

ノバルティス健康保険組合 御中

(任意継続者以外の方は、事業主(会社)経由で提出をお願いします)

健康保険被保険者証等 再交付願 (兼滅失届)

申請日	平成 年 月 日	※太枠内を、正確に必ずご記入下さい。		
被保険者の記号 - 番号	—	被保険者の氏名	印 <small>必ず押印のこと</small>	
被保険者の現住所	〒 —	生年月日	昭・平	年 月 日
下記のいずれかに☑してください。 <input type="checkbox"/> 次の理由により被保険者証等の再交付をお願いします。 滅失 ・ き損 (左記の該当に○を付けてください) 注)き損の場合は被保険者証を添付してください。 <input type="checkbox"/> 被保険者証を滅失しましたので届出を行います。但し、再交付の必要はありません。				
届出の事由:				
被保険者証等を滅失(盗難・紛失)した場合は必ず警察等に届け出てください。				
届出日:	平成 年 月 日	届出警察署:	届出番号:	
該当者	氏名	続柄	該当証 (申請する証に○印をつけて下さい。)	
			被保険者証 ・ 高齢受給者証	
			被保険者証 ・ 高齢受給者証	
			被保険者証 ・ 高齢受給者証	
誓約事項 (申請の理由が滅失のときにご記入ください) 上記のとおり被保険者証等を滅失したことに相違ありません。紛失した被保険者証等により事故が生じた場合は、その責を負う事を誓約いたします。今後、被保険者証等の保管および取り扱いには十分注意いたします。なお、滅失した被保険者証等を発見・回収したとき直ちに返納します。				
平成 年 月 日	被保険者氏名			(自署)

事業所の証明欄	上記のとおり被保険者から滅失・き損の届がありました。 なお、今後は被保険者証を滅失またはき損することのないよう指導いたします。	
	所在地	平成 年 月 日
	名称 代表者氏名	印

社会保険労務士の提出代行者印	印
----------------	---