

# 被保険者証再交付願

健康保険組合使用欄			
理事長	常務理事	事務局長	担当

提出先：人事部 → 健康保険組合  
・滅失による再交付の場合は必ず「始末書」に署名

CKD健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日 提出

保険証 記号・番号	記号	番号	事業所名称 (該当に○)	CKD(株)・CKDグローバルサービス(株) CKD健保・CKD基金・任意継続
被保険者 (社員本人) 氏名			生年月日	昭和 平成 年 月 日
被保険者 (社員本人) 住所	〒 -			
再交付する被保険者証 (該当するものに○)	・被保険者(社員本人)の保険証 ・被扶養者(家族)の保険証 再交付する保険証の氏名【 】			
申請理由 (該当するものに○)  ※紛失・盗難の場合は下記始末書に署名捺印、棄損の場合は保険証を添付。	1.紛失 2.盗難 3.棄損 4.その他	《理由を詳しく記入して下さい》※紛失・盗難は警察への届出をお願いします		

・再交付申請理由が紛失・盗難の場合は、以下の始末書に署名のこと。

<b>始末書</b>
今般健康保険被保険者証を上記理由により紛失いたしました。 今後このような不祥事を起こさないことはもちろん、当不祥事に関し一切の責任を負い、絶対に貴健康保険組合にはご迷惑をおかけいたしません。 万一被保険者証が出てまいりました時には、ただちにご返還いたします。 また、今後同一の被保険者証を滅失し、再々交付以降の申請をする際には、手数料(500円)の徴収について異議申し立てをいたしません。
住所 被保険者(社員本人) 氏名(自署)

上記の届出のとおり相違ありません。
令和 年 月 日
事業所所在地 名称 事業主氏名