

北陸電力健康保険組合

常務理事殿

承認	常務理事	事務長	担当・入力
承認日	令和	年	月 日
受付日	令和	年	月 日

令和 年 月 日

被保険者証 滅失届・再交付申請書

滅失
 毀損
 無余白
 のため下記のとおり申請します。

被保険者氏名	印	生年月日	昭 平 令	年	月	日
--------	---	------	-------------	---	---	---

被保険者証	記号			番号				
会社名					所属名			
申請事由 発生日	令和	年	月	日	警察への 届出	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
滅失または 毀損の理由	※詳しく記入ください							
無余白の 理由	<input type="checkbox"/> 複数回転居した為 <input type="checkbox"/> その他 ()							

◆対象者の方全員をご記入ください。(滅失等された方全員を記入ください)

被保険者 との続柄	(フリガナ)	生年月日	再交付申請	備考
	氏名(漢字)			
		昭 平 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> あり
		昭 平 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> あり
		昭 平 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> あり
		昭 平 令	年 月 日	<input type="checkbox"/> あり

※毀損または無余白の場合には被保険者証を添付してください。

※自宅内以外での滅失の場合には警察への届け出後に申請してください。

※再交付が必要な場合は、「再交付申請」欄に「 あり」チェックください。