| 常務理事 | 事務長 | 課長 | 係長 | 担当 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

# 被保険者証 {滅　失 / き　損} 届

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者証<br>記　　号 | | 番　号 | | 被保険者<br>氏　　名 | |
| 対象者氏名 | | | | 続　柄 | |
| 滅失の事由<br>(詳細に記入) | | | | | |
| 上記のとおりにつき<br>(該当する方に〇をつけてください) | 1　再交付を申請します。<br>2　お届けします(返納の場合)。 | | | | |

| 確認欄 | この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。<br>①　申請者本人(被保険者)が作成したものである<br>②　記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。 |
|---|---|
| □ | |

令和　　年　　月　　日 提出

| | |
|---|---|
| 事業所長<br>証　明　欄 | 上記のとおり相違のないことを証明する。<br>事業所所在地<br>名　称<br>長　名 |

注意事項
1　滅失の事由は、詳しく記入してください。
2　き損の場合は、その証書を添付してください。
3 【任意継続被保険者及び特例退職被保険者の方】1の再交付の場合は、本人確認のため、住民票等の公的な証明書を添付してください。

受付日付印