

前回交付年月日	令和 年 月 日
申請理由	滅失 毀損

常務理事	事務長	担当者
資格取得	年 月 日	
再交付	年 月 日	

被保険者証再交付願

ふくおかICT健康保険組合
理事長 殿

令和 年 月 日

住所

被保険者 TEL

氏名

下記のとおり被保険者証を 滅失 毀損 によりお届けしますので再交付を願います。

被保険者証の 記号・番号		再交付を受け る者の氏名	
		生年月日	昭・平・令 年 月 日
届出の理由(状況等もできるだけ詳しく)			
上記の届出のとおり相違ありません。			
令和 年 月 日			
事業主			

被保険者証滅失に関する誓約書

別添の被保険者証再交付願のとおり、被保険者証を滅失いたしました。

この被保険者証により不正受診等の事実がありましたときは、全ての責任を取り補償することを誓約いたします。

なお、今後は二度とこのようなことのないよう十分注意し、厳重に保管いたしますことを併せて誓約いたします。

令和 年 月 日

ふくおか I C T 健康保険組合 理事長殿

住所
被保険者
氏名