常務理事	**事務長**	担当者
資格取得	年　月　日	
再交付	年　月　日	

前回交付年月日	**令和**　年　月　日
申　請　理　由	滅　失 毀　損

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

ふくおかICT健康保険組合

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ＩＣＴ健康保険組合 理事長殿

住　所

被保険者

氏　名