

受	付	年	月	日
決	定	年	月	日

前回交付日 年 月 日	年 月 日
旧被保険者証 添付	有 無
申請理由	滅失 毀損 無余白

交付決議書			
資格取得	年 月 日		
再交付年月日	年 月 日		

## 被 保 険 者 証 再 交 付 願

平成27年10月10日

日油健康保険組合理事長殿

被保険者

東京都〇〇区△△町×-×

住所  
氏名

日油 太郎

日油  
印

下記のとおり被保険者証 滅失 により  
毀損  
無余白

該当するものを○でかこむ。  
(滅失の場合は滅失届を、  
毀損・無余白の場合は  
被保険者証を添付する)

お届けしますから再交付を願います

被保険者証の 記号と番号	1 0 1	事業所の 名 称	日油株式会社
	第 9 9 9 9 号		
滅失した証	被保険者 ・ <u>被扶養者</u> (氏名： 日油 次郎 )		
届出の事由	引越し作業中にどこかにまぎれてしまい紛失した。		
上記の届出のとおり相違ありません			
平成27年10月10日			
東京都渋谷区恵比寿4-20-3			
事業主	日油株式会社 本社		本日 社 印
	人事・総務部長 ○○ ○○		