

大同生命健康保険組合 御中

記号	番号	被保険者の氏名	性別	生年月日				資格取得年月日								
1	111111	大同 太郎	男・女 S・H・R	46	年	10	月	1	日	S・H・R	3	年	4	月	1	日
滅失・棄損した日				滅失・棄損した場所と理由(詳しく)												
R	3	年	2	月	25	日	引っ越し作業中に誤って廃棄してしまった。									
再 交 付 対 象 者	氏名		性別	生年月日				続柄	再交付の原因							
	大同 花子		男・女 S・H・R	25	年	1	月	1	日	母	滅失・棄損・その他					
			男・女 S・H・R		年		月		日		滅失・棄損・その他					
			男・女 S・H・R		年		月		日		滅失・棄損・その他					
<p>(滅失・棄損)により健康保険被保険者証再交付の申請をいたします。今後は(滅失・棄損)することのないよう充分注意するとともに、万一事故が発生したときは、その責任を私が一切負うことといたします。また、後日被保険者証を発見した場合には、直ちに返納いたします。</p> <p>大同生命健康保険組合 理事長殿 <span style="float: right;">2021年 3月 10日</span></p> <p>被保険者 住所：〒000-0000 ○○県○○市○○町1-2-3 氏名： 大同 太郎</p> <p>上記、被保険者より再交付の届出がありましたので、よろしくお取計らってください。</p> <p>事業所名 大同生命保険株式会社 ○○支社 事業主氏名 支社長 ○○ ○○</p>																

事業主記入欄です。被保険者は記入不可となりますので、下記のとおり手配ください。

①内務職員等(保険証番号の記号1の方)は、空欄でヒューマン・リソース・パートナーズへ送付(HRPが記入)ください。

②上記「①」以外(記号1以外)の方は事業主へ依頼ください。

健康保険組合 処理欄		
処理年月日		
常務理事	事務長	担当