

被保険者証 紛失 ・ き損届

サンリオ健康保険組合用			
常務理事	事務長	確 認	担 当

健 康 保 険 の 記 号 ・ 番 号	記 号		被保険者氏名	
	番 号			
勤 務 し て い る 事 業 所 の 名 称			再 交 付 を 申 請 す る 者 の 氏 名	
事業所所在地				
届 出 の 事 由 (できるだけ詳しく 記入して下さい。)				

うえのとおり、被保険者証を 紛失 ・ き損 したのでお届けします。

この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

令和 年 月 日

被保険者 住 所
氏 名

上記届出の事由を調査した処相違ないので証明します。	受 付 日 付 印
令和 年 月 日	
事 業 主 住 所 氏 名	
サンリオ健康保険組合 殿	

- ※ 1. 標題の該当字句以外のものは抹消すること。
2. き損のため届出るときはその被保険者証を添付すること。