

PERSONAL(記入後)

*ご提出いただく情報は、当組合で被保険者証再交付のために使用し、それ以外の目的では使用しません。
但し、住所は他に当組合からの連絡の必要性が生じた際に使用させていただきます。

前回交付 年 月 日	年 月 日
旧被保険者証 添 付	有 無
申請理由	滅 失 毀 損

受 付	年 月 日		
決 定	年 月 日		
交 付 決 議 書			
常務理事	事務長	課 長	係 員
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

年 月 日

サノフィ健康保険組合理事長 殿

被保険者 住所
氏名 印

下記のとおり被保険者証を滅失しましたので
再交付を願います。

手数料(500円/枚)の支払に同意します。

被保険者証の 記号と番号	第 号	事業所の 名 称	
再交付を受ける者	1. 本人	2. 家族	続柄 氏名

※ 被保険者の場合は 1.本人に○印を、被扶養者の場合は 2.家族に ○印を付け、続柄、氏名を記入すること。

滅失・紛失の状況 (具体的に)	
--------------------	--

上記届出のとおり相違ありません。

年 月 日

事業主 印