

注：滅失・き損・回収不能届の  
いずれかに○をして下さい。

被保険者証  滅失  損再交付願

(兼 回収不能届)

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	サブリーダー	係

被保険者証の記号番号	記号	番号	再交付対象者			
			対象者氏名	続柄	生	年 月 日
事故発生の年月日	年 月 日 (頃)				昭平令	年 月 日
および場所					昭平令	年 月 日
滅失または き損した事由  (具体的に)					昭平令	年 月 日
					昭平令	年 月 日
					昭平令	年 月 日
					昭平令	年 月 日
					昭平令	年 月 日

※ き損となった保険証を添付して下さい。

受付日付印

上記のとおりにつき再交付をお願いします。なおこれにより生じた一切の損害賠償債務についての責任を負います。

令和 年 月 日

被保険者の 印  
住所・氏名

上記は事実に相違なく、これにより生じた損害賠償債務を  
保証します。

令和 年 月 日

事業所の名称  
事業主の氏名

殿

# 被保険者証再交付通知書

(兼 回収不能届)

本人の被保険者証 受 領 印	※
-------------------	---

被保険者証の記号番号	記号	番号	再 交 付 対 象 者					
			対 象 者 氏 名	続 柄	生 年 月 日			
事故発生の年月日	年 月 日 (頃)				昭平令	年	月	日
お よ び 場 所					昭平令	年	月	日
滅 失 ま た は					昭平令	年	月	日
き 損 し た 事 由					昭平令	年	月	日
( 具 体 的 に )					昭平令	年	月	日

(注) 被保険者証を再交付する際、※欄に印に本人の受領印を受けて下さい。

上記については申請のとおり再交付しますので通知します。

令和 年 月 日

日本通運健康保険組合 理事長



日本通運健康保険組合 理事長 殿

注：滅失・き損・回収不能届の  
いずれかに○をして下さい。

滅失 か き損 のいずれか  
に○を付けてください。

被保険者証 **滅失** 再交付願

(兼 回収不能届)

常務理事	ユニットリーダー	シニアリーダー	リーダー	サブリーダー	係

被保険者証の記号番号	記号	4321	番号	345678	再 交 付 対 象 者						
事故発生の年月日	令和3年 10月 20日 (頃)				対象者氏名	続柄	生	年	月	日	※ き損となった保険証を添付して下さい。
お よ び 場 所	JR京葉線の中				保健 組子	子	昭平令	21	12	10	
滅 失 ま た は	荷物がたくさんあったため、バックをつい網棚に置いてしまい下車時に取り忘れた。 すぐに駅員に話したが未だに発見されていない。 バックの中に保険証を入れた財布を入れていた。						昭平令	年	月	日	
き 損 し た 事 由							昭平令	年	月	日	
( 具 体 的 に )							昭平令	年	月	日	
							昭平令	年	月	日	
							昭平令	年	月	日	

受付日付印

上記のとおりにつき再交付をお願いします。なおこれにより生じた一切の損害賠償債務についての責任を負います。

令和 3 年 10 月 2 4 日

被保険者の 〒 123-4567  
住所・氏名 東京都千代田区神田泉町1-2  
保健 太郎

上記は事実に相違なく、これにより生じた損害賠償債務を  
保証します。

令和 3 年 10 月 2 5 日

事業所の名称  
事業主の氏名 事業所住所・事業所名  
代表者のスタンプ