

提出先 ①ファイルリクエスト(推奨) : <https://ono-pharma.app.box.com/f/4d9b5c1556d149a5800ad74839a37ea4>

②社内便の場合 : 社員 ⇒ 人事管理部 ⇒ 小野薬品健康保険組合

健康保険被保険者証 再交付申請書 (兼 滅失届)

小野薬品健康保険組合理事長 殿

提出日 令和 年 月 日

被保険者証の 記号・番号	記号	番号	フリガナ	
			被保険者 の氏名	
被保険者の 現住所	〒	—	TEL	— —
再交付該当者	被保険者 (本人) 被扶養者 (家族) [氏名]			
申請理由	棄損 (必ず棄損した健康保険証を添付して下さい) 滅失 申請理由 (詳しく) [] * 警察への届け出 済 未		(誓約) ・ 万一、紛失した健康保険証 を発見したときは、直ちに 返納致します。 ・ 今後、健康保険証の保管 については十分注意します。	

事業主の証明	上記の申請について相違ないことを証明します。 令和 年 月 日			
	所在地 事業所名 事業主代理人氏名			
この届出については被保険者が作成したものである。				

受付印

健保組合使用欄		
常務理事	事務長	担当者