

理事長	専務理事	事務長	事務長補佐	主任	資格	受付

**被 保 険 者 証
紛失始末書兼再交付願**

証記号・番号		衣 一				
紛失した人	氏名				屋号 (事業所名)	
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	TEL () -
	自宅住所					
	事業所住所					
紛失の理由		盗 難 ・ 消 失 ・ 破 棄 ・ その他				
紛失の詳細	年月日	令和 年 月 日 頃				
	詳細 (日時、場所等 発生状況をご記入下さい)					
被保険者証再交付の有無		有・無		有効期限	令和 年 月 日	

上記のとおり被保険者証（カード）を紛失致しましたので再交付をお願いします。
 なお、紛失した被保険者証（カード）により、万一貴組合に損害を与えるような事が発生した時は、被保険者及び組合員（事業主）において一切の責任を取る事を誓いますとともに、後日発見した時は、再交付の被保険者証（カード）を速やかに返却することをあわせて誓います。

令和 年 月 日

組合員名 (印)
 個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

紛失した人の被保険者名 (印)
 個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

京都府衣料国民健康保険組合 理事長殿

【委任欄】私は下記の者を代理人と定め、この届の申請を委任します。令和 年 月 日

受任者 (代理人)	[住所]	委任者 (組合員)	[住所]
	[氏名]		[氏名]