

所属・支社名	
連絡先/担当 (IPコード・内線等)	印

常務理事	事務長	担当者

被保険者カード証

健康保険 滅失 き損 届 ・ 再交付 申請書

※いずれかに○ ※再交付不要の場合は再交付を二重線で抹消すること

平成 年 月 日 提出

被保険者	記 号			番 号			
	氏 名 ・ 印						印
	生 年 月 日	昭和 平成	年	月	日	性 別	男 ・ 女
	住 所	〒					
事業所 <small>(在籍中・在籍していた)</small>	名 称			所 属			
再交付の要・不要		<input checked="" type="radio"/> 要 ・ <input type="radio"/> 不要		不要事由	<input type="checkbox"/> 年月日資格喪失(退職・削除・75歳到達) <input type="checkbox"/> 有効期限切れのため		
失被 ・保 き險 損者 し証 たを 者滅	氏 名			続柄	本人・長女等		
	氏 名			続柄	本人・長女等		
	氏 名			続柄	本人・長女等		
	氏 名			続柄	本人・長女等		
紛失の場合 に記入	年月日・場所	年	月	日	※場所: 自宅・病院・外出先・()・不明		
	紛失事由						
原 因		<input checked="" type="radio"/> 滅失 ・ <input checked="" type="radio"/> き損		警察届出 受理番号			

置き引き、車上荒らしの場合も本人の過失と判断しますので、お振込が必要です。

(証明書類にかかる誓約)
 うえの届のとおり証明書類を紛失いたしました。今後はかかる自体を発生させないように十分注意します
 尚、紛失した証の不正使用のために生じる一切の責任を負うこと、この証明書類を発見した場合はただちに返還することを誓約いたします。

被保険者氏名(自署) 印

事業主証明欄	上記の被保険者が、被保険者証を滅失(き損)したことおよび滅失した事由が、届け出のとおり相違ないことを証明します。なお今後は滅失またはき損することのないよう十分指導いたします。		平成 年 月 日 受付日付印
	平成 年 月 日		
	事業所所在地		
	事業所名称		
事業主氏名			印 ※太陽生命内務員→ 給与厚生課で職印押印→健保 ※太陽生命営業職員→ 支社職印押印→健保へ
電 話			

- ・き損のための再交付申請であるときは、「き損となった証」を添付して提出下さい
- ・氏名変更等による証更新時の旧証の紛失の際も、この届出とお振込が必要です
- ・再交付1枚につき1,000円のお振込が必要です★お振込確認後の交付となります

***お振込先： 三井住友銀行【0009】 東京中央支店【015】 (普通預金) 8032842**

医療機関での置き忘れ、ご自宅等、今一度ご確認のうえ申請ください
 紛失時に医療機関にかかる場合は事業所作成の「資格証明書」で対応ください。