

所属・支社名		
連絡先/担当印 (IPJ-ド、内線等)		印

健保処理欄		
常務理事	事務長	担当者

太陽生命健康保険組合 御中

- 高齢受給者証
- 限度額適用認定証
- 限度額適用・標準負担額減額認定証
- 特定疾病療養受療証

紛失届・き損届 兼 再交付申請書

▲ 再交付不要の場合は二重線で抹消

			届出年月日	年	月	日
被保険者	記号		番号		枝番	00
	氏名		生年月日	S H	年	月
(在籍中の・在籍していた) 事業所	名称		所属			

届出の区分 いずれかに ✓ を記入	<input type="checkbox"/> 紛失（盗難を含む）			
	<input type="checkbox"/> き損（破損・劣化など） ※き損した証の添付が必要です。			
再発行の要否	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要			
	(退職の場合) 退職日	年	月	日

紛失・き損した証の対象者	氏名		続柄 (本人・長女等)		枝番	
--------------	----	--	----------------	--	----	--

※枝番不明の場合は未記入で可

紛失状況・誓約 紛失の場合に必ず記入する	<p>下記のとおり証を紛失いたしました。今後はかかる事態を発生させないよう十分注意いたします。 なお、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、また後日、紛失した証を発見した場合は直ちに返還することを誓約いたします。</p>					
	被保険者自署					
	紛失年月日	年	月	日	紛失場所	
	紛失理由					
届出した警察署		警察署	警察届出受理番号		※警察へ届出をしていない場合は未記入で可	

事業主証明欄	上記被保険者が証を紛失・き損したこと、および紛失による場合は届出内容が事実と相違ないことを証明します。					
	令和 年 月 日					
	事業所所在地					
	事業所名称					
	事業主氏名					
	電話番号					

※任意継続被保険者の方は記入等不要

※ 太陽生命の内務員等はブランクのまま給与厚生課へ送付する。

※ 太陽生命の営業職員は支社印・支社長名印を押印のうえ健康保険組合へ送付する。