

健康保険

- ・ 被保険者証
 ・ 限度額適用認定証
 ・ 高齢受給者証
 ・ その他 ()

滅失届

※該当の□にチェック (☑) を記入、太枠内に記入し、事業所 (総務・人事) 経由で提出してください。

①被保険者証 記号一番号	—	②被保険者証の 滅失の原因	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 盗難 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他 ()	
③被保険者氏名	(フリガナ)	④被保険者の生年月日		⑤ 印
		昭和 平成	年 月 日	
⑥滅失した方の 氏名	(フリガナ)	⑦滅失した方の生年月日		⑧ 続柄
		昭和 平成	年 月 日	
⑨被保険者の 住所	〒 電話番号 自宅 () 携帯 ()			
⑩滅失した方の 住所	〒 電話番号 自宅 () 携帯 ()			
⑪滅失したとき の状況	(※滅失したと思われる状況と滅失したことを気付くまでの状況を、具体的に記入して下さい。)			
⑫添付書類	<input type="checkbox"/> 「被害届」のコピー : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ●盗難届・紛失届では再交付料は免除されません。 <input type="checkbox"/> 役所が交付する「り災証明書」等のコピー : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 () 【注】盗難 (被害届)・火災・天災等 (罹災証明書) による場合を除き、再交付料 (1枚2,000円) が必要です。			
⑬「紛失」「き損」 の場合は 再交付料 が必要です。	再交付料を下記口座へ納付して下さい。 みずほ銀行・東京営業部 (普) 4009595 日本旅行健康保険組合 Tel: 03-6895-8391 (一枚2,000円) 【注】再交付料の納付が健保組合で確認され次第、再交付いたします。			
⑭事業所所在地 事業所名称 事業主名	※任継の方は直接、健保組合へご提出ください。 〒 電話 :		[健保組合 記入欄] (発券通番) _____ 印	

常務理事	事務長	総務課長	業務課長	業務係長	係員

受付日付印