

常務理事	事務長	課長	課長	課長代理	担当者

健康保険被保険者証

滅失届 ・ き損届

再交付申請書

※ 該当する□に✓を入れてください。また該当項目には○をつけてください

被保険者証の記号・番号		記号	123	番号	4567	課長	
被保険者氏名	群馬 太郎		性別	男・女	生年月日	昭和 38 年 10 月 29 日 平成	印
対象者 (滅失・き損)	<input type="checkbox"/> 1	被保険者(本人)		※ 配偶者以外は、()内に続柄の詳細を記入してください			係長
	<input checked="" type="checkbox"/> 2	被扶養者(家族)	氏名				続柄
		群馬 花子		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子(長女) <input type="checkbox"/> その他()	印		
申請の理由	滅失・き損した年月日、場所、その状況について(わかる範囲で記入してください)						
	日時: 平成 27 年 10 月 16 日 午前・午後 6 時 30 分ごろ						
	場所: ○○ショッピングセンター内						
		状況: 買い物で財布をとりだした時に紛失しました。		警察署名: 成城 受理番号: 890			
		自宅以外での滅失・盗難の届出		被保険者証を滅失またはき損いたしましたが、今後は十分注意いたしますので再交付をお願いいたします。なお、滅失をした証を発見した時は、ただちに返納いたします。			
		平成 27 年 10 月 25 日		被保険者氏名 群馬 太郎 印			
		小田急グループ健康保険組合理事長殿					
資格喪失手続きの際に滅失が判明した場合は✓を入れてください <input type="checkbox"/> 再交付の必要はありません							

平成 27 年 10 月 27 日 提出

上記のとおり被保険者から再交付申請がありましたので届出いたします。 なお、今後は滅失またはき損することのないよう充分指導いたします。	
平成 27 年 10 月 26 日	
事業所	所在地 東京都町田市○○○1-2-3
	名称 ○○○株式会社
事業主	氏名 人事課長 ○○ ○○
	印

受付日付印

※ き損による再交付の場合は、き損した「被保険者証」を添付してください。
※ 再交付は有料となります。(平成28年1月受付分より)