

# 被保険者証等再交付願（兼 滅失届）

提出日：平成 xx年 xx月 xx日

提出先：各会社の社会保険担当者（IBM社員はMK-DA0-K）

任意継続／特例退職の方は下記宛てに提出してください。  
〒103-8510 東京都中央区日本橋箱崎町19-21  
日本アイ・ビー・エム健康保険組合（HZD-YY1）

社内郵便番号	電話番号
×××-×××-×	XX-XXXX-XXXX (ボイスネット: XXXX-XXXX)

(任意継続、特退被保険者の方は自宅の電話番号)

被保険者	フリガナ 氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎	印	生年月日	昭和 平成	××年××月××日
	住所	××県××市××町××-××-××				

下記のいずれかを  してください

次の理由により被保険者証の再交付をお願いします。

**滅失・毀損**（左記の該当理由に○印）  
注）毀損の場合は被保険者証を添付してください。

被保険者証を滅失しましたのでお届けします。  
但し、再交付の必要はありません。

被保険者証	記号	×××	事業所名 (会社名)	×××株式会社
	番号	××××××		
(フリガナ) 該当者	氏名	続柄	該当証（申請する証を○印で囲んでください）	
	ケンポ ハナコ 健保 花子	妻	被保険者証・高齡受給者証・限度額適用認定証	
			被保険者証・高齡受給者証・限度額適用認定証	
			被保険者証・高齡受給者証・限度額適用認定証	
届出の事由 (必ず記入)	通勤途中で遺失しました。 警察には届け出済みです。			

滅失した被保険者証を発見した際の返納誓約（届出事由が滅失の場合）

上記の届書に記載したとおり被保険者証を滅失（盗難・遺失・紛失）しましたが、  
この被保険者証を発見したときは、発見した古い被保険者証をただちに返納いたします。

被保険者氏名： 健保 太郎

印

事業所所在地	〒
事業所名称	
事業主氏名	
電話	

理事長	常務理事/ 事務長	G L	担当者

申請理由
滅失
毀損

決済日付

受付日付