

被保険者証等再交付願（兼 滅失届）

提出日：平成 年 月 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
	ボイスネット

（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	〒	生年月日	昭和 平成	年 月 日
	住所	〒		電話 番号	

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）	
	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）	
			被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証	
			被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証	
			被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証	
			被保険者証・高齢受給者証・限度額適用認定証	
届出の事由 （必ず記入）				

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： _____

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