

# 被保険者証等再交付願（兼 滅失届）

Date of Submission

提出日：平成 xx年 xx月 xx日

Internal Mail Code & Internal Tel No.

社内郵便番号	社内電話番号
×××-×××-×	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)

の社会保険担当者（IBM社員はMK-X19-W1）  
 特例退職の方は下記宛てに提出してください。  
 東京都中央区日本橋箱崎町19-21  
 日本アイ・ピー・エム健康保険組合（HZD-YY1）

Insured Person's  
 Birth Date  
 (YY/MM/DD)

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

下記のいずれかを  してください

\* Please check one of the following.

次の理由により被保険者証の再交付をお願いします。

Please reissue the card due to Loss・Damage

**滅失・毀損**（左記の該当理由に○印）

\* Please return the card in case of

Loss・

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。  
 再交付の必要はありません。

It is not necessary to reissue the card.

Symbol & Number  
 of Insurance Card

Type of Lost/Damaged Card  
 Health Insurance Card・  
 Elderly Benefits Card・  
 Maximum Copayment Amount  
 Eligibility Certificate

被保険者証	記号	×××	事業所名 (会社名)	Name of Business Entity	×××株式会社
	番号	××××××			

Applied Person's

(フリガナ) 該当者	氏名	ケンポ ハナコ 健保 花子	続柄	妻	該当証（申請する証を○印で囲んでください）
	Relationship				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

Reason for reissues in

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） Stolen・Lost・Missed

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。

Name & Seal

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	(印)
電話	

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