

# 被保険者証等再交付願(兼 滅失届)

提出日 ××年 ×月 ×日

被 保 険 者 情 報	記号	×××	番号	×××	枝番	-00		
	氏名	健保 太郎				生年月日	昭和 平成	××年 ×月 ×日
	住所	〒 ×××-×××× 東京都××区××町××-××-××				TEL	××-××××-××××	

対象者に☑を入れてください。

☐ 被保険者(本人)分	該当証	
	被保険者証 ・ 高齢受給者証	
☑ 被扶養者(家族)分	続柄	該当証(申請する証に○)
(氏名) 健保 愛	子	被 <del>保</del> 険者証 ・ 高齢受給者証
(氏名)		被保険者証 ・ 高齢受給者証
(氏名)		被保険者証 ・ 高齢受給者証

詳細な届出の事由(必ずご記入ください)
×月×日、医療機関を受診した帰り道にて紛失しました。警察へは届出済みです。

いずれかに☑してください。

- ☑ 滅失 → 被保険者の本人確認ができる身分証明書コピー(運転免許証、パスポート、社員証等)又は警察の届出証明コピーを添付  
※被扶養者の申請であっても、被保険者本人の確認書類が必要となります。
- ☐ 毀損 → 毀損した証(被保険者証又は高齢受給者証)を添付
- ☐ 再交付不要 → 添付書類不要

同意の上、確認欄に☑してください。

確認欄	上記のとおり被保険者証を滅失しましたが、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します。

**提出先** 各会社の社会保険担当者(任意継続、特例退職の方は直接日本アイ・ビー・エム健康保険組合へ送付)

事業主記入欄	事業所所在地	
	事業所名称	
	事業主氏名	
	電話	

常務理事	事務長	GL	担当者

決裁日付

受付日付