

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					生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒				TEL				

対象者に☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 被保険者(本人)分	該当証(申請する証に○)	
	被保険者証 ・ 高齢受給者証	
<input type="checkbox"/> 被扶養者(家族)分	続柄	該当証(申請する証に○)
	(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
	(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)

いずれかに☑してください。

- 滅失 (再交付希望) → 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
<input type="checkbox"/>	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