

令和6年12月2日以降申請用

常務理事	事務長	担 当

健康保険 被保険者証 滅失・き損 届

日野自動車健康保険組合 御中

令和 年 月 日

被 保 険 者 欄	記号・番号	記号 1 2 1 1	番号 1234	従業員番号 (※)	(※)事業主から指示があつた場合のみ記入
	氏名	健保 太郎		確認欄 ☐	自署の場合は、押印を省略することができます。 *ただし、訂正があつた場合は省略不可 (←自署であるため、押印を省略する場合は、 ☒)
	生年月日	昭和 平成 令和 50 年 4 月 1 日	被保険者 住所	〒 191 - 0052 東京都日野市〇〇町1-2-3 コーポ日野△△△号室	
	勤務先	名 称 所在地	〇〇〇〇株式会社 東京都日野市××町1-1-1		
対 象 者 (本人の場合も記入)	氏 名	健保 花子	続柄	妻	生 年 月 日
				昭和・平成・令和	50 年 10 月 1 日
				昭和・平成・令和	年 月 日
				昭和・平成・令和	年 月 日
申 請 理 由 (該当する項目に○)	1.滅失 2.盗難		発見した場合は直ちに返却いたします。 被保険者氏名 健保 太郎		
	3.き損 4.文字消え		被保険者証を添付の上、届出いたします。 被保険者氏名		
発 生 状 況	発生日 : 令和 2 年 5 月 1 日 場 所 : 自宅 状 況 : 誤って踏んで割ってしまった				

(※) 黒ボールペンもしくはインクで記入してください。 【滅失・盗難の場合、警察への届出を推奨します。】
(※) 保険証の再交付はございません。マイナ保険証をご利用ください。
やむを得ない理由によりマイナ保険証を利用できない場合は別途「資格確認書 申請書/理由書」を提出

事 業 主 の 証 明	確認欄 ☐	この届出については以下①又は②の要件を満たしたものである ①申請者本人(被保険者)が、自署以外で作成したものである ②記載内容について誤りがなければ申請者本人が確認している。 (←事業主の証明により、押印を省略する場合は、 ☒)
		令和 年 月 日 令和 年 月 日
		事業所所在地 事業所名称 事業主氏名
		(印)

受付日付印

(R6.12改訂)