

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	番号	従業員番号 (※)	(※)事業主から指示があった場合のみ記入		
	氏名	印			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、訂正があった場合は省略不可 (←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	年 月 日	被保険者 住所	〒		
	勤務先	名 称					
		所在地					
対 象 者 (本人の場合も記入)	氏 名		続柄	生 年 月 日			
				昭和・平成・令和 年 月 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 _____						
	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 年 月 日 場 所 : _____ 状 況 : _____ _____						

(※) 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いか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 ⑤	

受付日付印