常務理事	事務長	担　当

健康保険被保険者証　滅失･き損　申請書

提出日	年　　月　　日

被保険者等 記号番号	記号 番号	被保険者 氏　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男　女	所属及び 部署名	電話　（　　）
被保険者 住　所	〒								電話	（　　）		
＊該当するものに〇をしてください。	再交付を	1. 希望する　　2. 希望しない			該当者	1. 被保険者分　　2. 被扶養者分						
	提出理由	1. 滅　失（ 紛失 ・ 盗難 ・ 不明 ）　　2. き　損　　3. その他（　　）										

該当者が被扶養者の場合記入	①	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	続柄		備考	
	②	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	続柄		備考	
	③	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	性別	男 女	続柄		備考	

滅失又はき損したときのその状況	**※必ずご記入ください。**				
警察への届出状況	有　・　無	届出先	警察署	届出日	年　　月　　日

◎き損による再交付の場合は、必ず被保険者証を添付してください。
◎任意継続の方は申請者本人の確認ができる書類
（運転免許証やパスポートの写しなど）を添付してください。

受付日付印

事業主の証明	
	上記のとおり、被保険者から滅失の申請がありましたので、提出いたします。 今後は滅失･き損することのないよう十分指導いたします。
	年　　月　　日 事務所所在地 事務所名称 事業主氏名 電　　話

大気社グループ健康保険組合