

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証 減失 〇 再交付申請書
 〇 減失 〇 届

減失届 (資格喪失、更新等により保険証を紛失して返却できないとき)

被保険者証の 記号・番号	記号		番号	
フリガナ 被保険者の 氏名		印	被保険者の 生年月日	昭和 平成 年 月 日
被保険者の勤務 する(していた) 事業所の	名称			
	所在地			
被保険者証を 減失・き損した 者の氏名・生年 月日等	氏 名	生年月日	性 別	続 柄
		昭和 平成 年 月 日	男・女	
		昭和 平成 年 月 日	男・女	
		昭和 平成 年 月 日	男・女	
		昭和 平成 年 月 日	男・女	
被保険者証を 減失した年月日	平成 年 月 日	被保険者証を 減失した場所		
被保険者証を 減失・き損した事由 (詳しく記入)				

*減失した場合は、下記もご記入ください。

(被保険者証発見の際の返納誓約)

うへの届書に記載したとおり被保険者証を減失しましたが、この被保険者証を発見したときは、ただちに返納いたします。

被保険者氏名 (印)

横
河
電
機
健
康
保
険
組
合

事業主の 証明	被保険者 _____ が健康保険の被保険者証を減失した ことに相違ないことを証明します。 平成 年 月 日
	所在地
	名称
	事業主氏名 印

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者印	印
--------------------	---

◎被保険者の印は、被保険者が自ら署名する場合は不要です。

◎盗難届(遺失届NO)を記入してください。

【収集する個人情報について】

本届出に記入された個人情報は、本届出に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。