

常務理事	事務長	係	係

健康保険被保険者証 減失 き損 再交付申請書

【必須添付書類】

被保険者の本人確認のため、以下①②のいずれか1点を添付してください。

①被保険者本人の「運転免許証」もしくは「パスポート」の顔写真がある面またはページのコピー

②①のうち、どちらも持っていない場合は、被保険者本人の「住民票」（発行日が6ヶ月以内のもの、コピー不可）

※対象者が家族の場合でも、必ず被保険者本人の証明書コピーを添付してください。添付が無い場合は、手続きができません。

【注意事項】

- 上記タイトル欄は、「減失」（紛失・盗難などによる再交付）または「き損」（破損や印字消失による再交付）のうち、いずれかの 欄へレ点を入れてください。（き損による申請の場合、現在使用中の被保険者証を必ず添付してください）
- 自宅以外で紛失された場合は、必ず警察へ届け出てください。
- 2ヶ所の「被保険者氏名」欄は、被保険者本人が氏名を記入した場合、本人の押印は不要です。
- 記入例を参照の上、記入漏れの無いよう楷書で枠内に丁寧に記入してください。

被保険者証記号・番号		被保険者氏名		被保険者生年月日		性別	
記号	番号	(印)		昭和		男	
				平成	年 月 日	女	
被保険者の本籍会社（出向者の場合は、出向元会社）／所属部署 ※建物、階級、営業所、部、課名など ★任継・特退被保険者は現住所を記入してください							
日中連絡の取れる連絡先 ※お問い合わせの際に、利用します。							
(電話番号)			(メールアドレス)				
再交付または減失対象者 (続柄は詳しく記入してください)		氏名		生年月日		続柄	性別
				昭和			男
				平成		年 月 日	女
				昭和			男
				平成		年 月 日	女
		昭和			男		
		平成		年 月 日	女		
		昭和			男		
		平成		年 月 日	女		
再交付理由 (減失した場所やき損させた理由などをできるだけ詳しく記入してください)							

※減失した場合は、下記も記入してください。

〈念書〉

上記のとおり、被保険者証を減失したことに相違ありません。

なお、今後は十分取り扱いに注意し、減失した被保険者証を発見いたしました場合は、直ちに返納いたします。

平成 年 月 日 被保険者氏名 (印)

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

〒108-0075 東京都港区港南1-7-1 ソニー本社ビル11F ソニー健康保険組合

事業主の証明	上記のとおり、被保険者から健康保険被保険者証の再交付・減失の申請がありましたので届出いたします。
	所在地 名称 事業主名 電話 (印)

受付印