

常務理事	事務長	係

健康保険被保険者証
資格確認書

紛失
き損

届 ・ 再交付申請書

被保険者証 記号・番号	記号			被保険者 氏 名		
	番号					
所属会社 (事業所)	会社名					
	社員番号					
申請事由	<input type="checkbox"/> 紛失(再交付希望) <input type="checkbox"/> き損(再交付希望) <input type="checkbox"/> 紛失(再交付希望せず)		申請事由の 発生年月日 (紛失した日等)	年	月	日
申請の対象となる者	氏 名				被保険者 との続柄	
滅失・き損したときの状況 (詳しく記入)						
	遺失物届出日 年 月 日		届出場所 警察署・交番		届出番号	
上記のとおり申請いたします。 今後は十分取扱いに注意いたします。 なお、滅失による被保険者証/資格確認書を発見したときは、直ちに返納いたします。 〒 _____ 年 月 日						
被保険者 住所 _____ 都道府県 _____ Tel (_____) 氏名 _____ 日本ヒューレット・パカード健康保険組合 理事長 殿						
事業主の証明	被保険者 _____ は、被保険者証/資格確認書を 滅失・き損したことを届出いたします。 今後このようなことのないよう取扱いについて十分指導いたします。 _____ 年 月 日 所在地 _____ 事業所 名 称 _____ 事業主氏名 _____					

※き損の場合は、き損となった被保険者証/資格確認書(本人分・家族分)を添付してください。